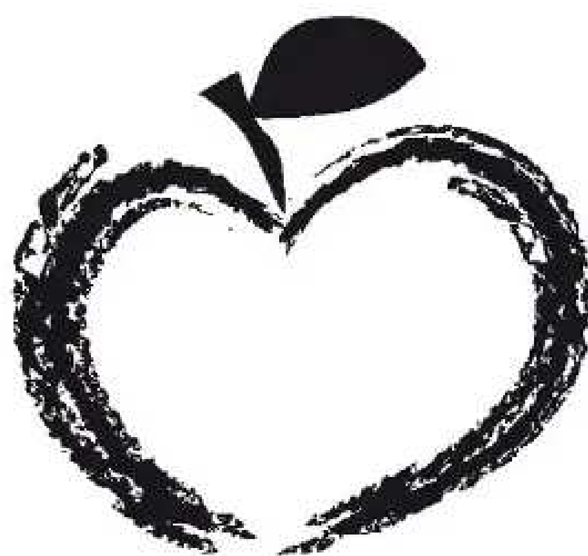
PSICOLOGÍA

BEATRIZ MOLINUEVO ALONSO

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE






EDITORIAL UOC


12h

La comunicación no verbal en la relación médico-paciente

La comunicación no verbal en la relación médico-paciente

Beatriz Molinuevo Alonso


EDITORIAL UOC

Diseño de la colección: Editorial UOC
Diseño de la cubierta: Natàlia Serrano

Primera edición en lengua castellana: septiembre 2017
Primera edición en formato digital (epub): marzo 2018

© Beatriz Molinuevo Alonso, del texto

© Editorial UOC (Oberta UOC Publishing, SL) de esta edición, 2017
Rambla del Poblenou, 156 08018 Barcelona
http://www.editorialuoc.com

Realización editorial: Sònia Poch

ISBN: 978-84-9116-974-1

Ninguna parte de esta publicación, incluyendo el diseño general y de la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación, de fotocopia o por otros métodos, sin la autorización previa por escrito de los titulares del *copyright*.

Beatriz Molinuevo Alonso

Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación, sección Psicología, por la Universidad de Salamanca; máster en Psicología clínica, legal y forense por la Universidad Complutense de Madrid; y doctora por la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Profesora de la Unidad de Psicología Médica en la facultad de Medicina de la UAB desde el año 2002. Coordina la formación en competencias comunicativas no verbales de los alumnos del grado de Medicina. Imparte docencia sobre la relación médico-paciente en los grados de Enfermería y Fisioterapia. Ha participado como docente en cursos y jornadas dirigidos a profesionales de la salud sobre formación en comunicación asistencial. Realiza investigación en temas de comunicación y educación médica.

Introducción

La relación médico-paciente puede considerarse, junto con la exploración física, la piedra angular de la práctica clínica. De la calidad de la misma dependen, entre otros aspectos, el diagnóstico y el tratamiento. Por lo tanto, un buen establecimiento de la relación, junto con un adecuado mantenimiento, se convierten en objetivos en sí mismos para el profesional de la salud (Ruiz-Moral, 2004). Ser un buen profesional de la medicina no consiste únicamente en la aplicación de competencias científicas y técnicas, sino también de competencias relacionales (Epstein; Hundert, 2002).

La relación médico-paciente es un particular tipo de interacción interpersonal compleja (Ong; de Haes; Hoos *et al.*, 1995). Por un lado, las personas que interactúan no desempeñan el mismo rol y, por tanto, se sitúan en una posición distinta. Por otro lado, el encuentro no siempre se genera de manera voluntaria, y además tiene que ver con problemas de importancia vital que suponen una carga emocional. Al mismo tiempo, el éxito de la relación depende de que exista cooperación estrecha, confianza mutua, aceptación del otro y reconocimiento de la experiencia.

La relación médico-paciente recibe el influjo de numerosas variables. Además de las características del paciente, del profesional de la salud, de la enfermedad, del tratamiento y del sistema sanitario, hay que añadir factores como el desarrollo socioeconómico, el nivel de vida y el régimen de libertades y derechos del ciudadano que dibujan el escenario de la relación. Aspectos como el avance del conocimiento científico, el progreso tecnológico biomédico, el desarrollo de nuevas tecnologías de la comunicación, la nueva epidemiología, la transición demográfica, el aumento del nivel cultural y académico, la exigencia de mayor seguridad clínica y los cambios normativos (por ejemplo, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) han tenido un impacto considerable en la relación.

El papel asignado al paciente en el sistema sanitario se ha modificado, ha dejado de ser un mero receptor de información para ganar autonomía y participar activamente en el cuidado de su salud y en la prevención de la enfermedad (por ejemplo, programas de autocuidado). Cuando la principal causa de enfermedad eran los procesos agudos, los pacientes generalmente eran inexpertos y recibían pasivamente el conocimiento médico. Sin embargo, el aumento de la frecuencia de las enfermedades crónicas, como consecuencia de los cambios en los estilos de vida y por el envejecimiento de la población, convierten al paciente en un agente colaborador activo del proceso de salud. El Programa de Paciente Experto Institut Català de la Salut es un ejemplo (González *et al.*, 2008).

El nuevo escenario social está formado por pacientes que disponen de un mayor acceso a la

información y mayor capacidad para decidir por ellos mismos. Según la encuesta del Eurobarómetro del año 2003 (Spadaro, 2003), el 13,5 % de los españoles utilizaba internet para obtener información sobre salud; posiblemente esta cifra siga en aumento en nuestros días. Los pacientes utilizan esta herramienta normalmente antes de la entrevista clínica o después del encuentro (McMullan, 2006). En el primer caso, lo realizan con el objeto de buscar información para autogestionar su problema o para decidir si necesitan ayuda profesional. En el segundo caso, se utiliza principalmente para reasegurar la información obtenida o por desacuerdo con la cantidad de información proporcionada por el médico. Esta nueva realidad ha modificado la relación médico-paciente y exige al profesional mayor competencia interpersonal.

Los médicos perciben «difíciles» alrededor del 15 % de las visitas clínicas (Hahn *et al.*, 1996; Jackson; Kroenke, 1999). El interés por dotar al profesional con herramientas para facilitar la relación médico-paciente ha llevado a estudiar las peculiaridades de este tipo de encuentros. Los resultados muestran que los pacientes «difíciles» se caracterizan por presentar un peor funcionamiento, expectativas no satisfechas, baja satisfacción, problemas de depresión y ansiedad, y una mayor utilización de servicios de salud (Hahn *et al.*, 1996; Hinchey, Jackson, 2011; Jackson, Kroenke, 1999). En el reciente estudio de Hinchey y Jackson (2011), los pacientes «difíciles» mostraban un empeoramiento de los síntomas dos semanas después de la visita médica en comparación al resto de pacientes. Pero también las características del profesional de la salud pueden contribuir a la valoración de la visita médica como difícil. Los médicos que presentan peores actitudes psicosociales y deficientes habilidades comunicativas tienden a percibir a los pacientes como más difíciles (Hahn *et al.*, 1996; Hinchey, Jackson, 2011; Jackson, Kroenke, 1999).

La presencia de signos o síntomas físicos, aunque sean molestos, no es suficiente para que una persona considere que tiene un problema de salud, para que decida buscar ayuda o para que se muestre de acuerdo con la decisión médica sobre el tratamiento (Glanz; Rimer; Viswanath, 2008). Más del 50 % de las personas que padecen una enfermedad crónica no se adhiere al tratamiento, el 20 % no llega a recoger la medicación prescrita y, entre un 9 % y un 40 % no vuelve a la segunda visita (Clèries, 2006; Jin, Sklar, Oh, Li, 2008). Por ejemplo, Milsom *et al.*, (2001) realizaron un estudio en seis países europeos y observaron que, a pesar de que los síntomas de vejiga hiperactiva son altamente prevalentes en la población general y afectan negativamente a la calidad de vida de las personas que los padecen, un significativo número de personas aguanta los síntomas durante años antes de buscar ayuda médica. En su trabajo, el 60 % de los pacientes había realizado alguna consulta médica y, de estos, únicamente el 27 % seguía las indicaciones prescritas. Son muchos los factores que influyen en la respuesta del paciente a sus síntomas, entre los que se encuentran las creencias y el estado emocional (Petrie; Jago; Devcich, 2007), pero la calidad de la relación entre el profesional sanitario y el paciente también explica parte de este comportamiento de salud.

Mechanic (1995) introdujo, a mediados del siglo XX, el concepto *conducta de enfermedad* para dar cuenta de la gran variabilidad de reacciones de las personas a los síntomas y a las enfermedades, y para identificar los diversos factores socioculturales, ambientales y

psicológicos que afectaban a dichas respuestas. La enfermedad no es únicamente un estado de la persona, sino también una manera de hacer frente. Por ello, dos individuos pueden presentar los mismos síntomas pero responder de manera completamente diferente, e incluso opuesta. Por ejemplo, ante una cefalea intensa, una persona puede decidir ir al médico, otra puede automedicarse, otra puede quedarse en casa sin ir a trabajar y otra puede aguantar el dolor. Esta diversidad de respuestas da cuenta de la complejidad de la relación médico-paciente, los mismos síntomas se asocian con estilos interactivos diferentes. Mechanic define *conducta de enfermedad* como la manera en que las personas responden a los síntomas, controlan su estado interno, definen e interpretan los síntomas, realizan atribuciones, toman medidas o remedios y utilizan diferentes formas de cura informal y formal.

En inglés, los términos *disease* e *illness* distinguen los conceptos enfermedad y vivencia de la enfermedad (Emson, 1987; McWhinney, 1987). La palabra *disease* se utiliza para describir cualquier condición que altera la función normal, y el vocablo *illness* se emplea no únicamente como sinónimo, sino también para referirse a la experiencia particular que tiene la persona de su estado de salud. La célebre frase de Sir William Osler, padre de la medicina moderna, «es más importante saber qué tipo de paciente sufre una enfermedad que saber qué tipo de enfermedad tiene» revela la diferenciación. Introducir esta perspectiva en la evaluación permitirá dotar al profesional de una información relevante para establecer una buena conexión con el paciente y con ello obtener resultados clínicos positivos. Como señala Laín-Entralgo (2003), «al médico no solo debe enseñársele a percutir y auscultar, a explorar reflejos, etc., sino a mirar al enfermo, un mirar que no solo sea inspeccionar lo que describen los manuales de semiología, sino que tenga en cuenta la condición humana y personal de la realidad por él mirada» (pág. 164).

Dado el interés creciente por los aspectos relacionales del encuentro clínico, en la literatura se han definido diversos modelos teóricos, que fundamentalmente se diferencian en: 1) quién establece la agenda y los objetivos de la visita (el profesional, el paciente o ambos), 2) el papel que ejercen los valores del paciente (aceptados por el profesional, explorados conjuntamente por el paciente y el profesional o no explorados), 3) el rol funcional ejercido por el profesional (tutor, consultor, asesor), y 4) el papel asumido por el paciente (activo, pasivo, colaborador) (Clarke, Hall, Rosencrance, 2004; Emanuel, Emanuel, 1992; Martin, Haskard-Zolnierek, DiMatteo, 2010; Roter, Hall, 2006; Ruiz Moral, Rodríguez, Epstein, 2003; Street, Epstein, 2008). Entre los más frecuentemente descritos se encuentran:

- Modelo paternalista: El médico domina la relación tomando las decisiones que cree más oportunas para el paciente independientemente de sus valores o deseos, la participación del paciente es limitada. Se asume que el paciente tiene valores similares a los del médico y estará agradecido por las decisiones tomadas por el profesional. Ante una situación de conflicto entre la autonomía del paciente y su bienestar, este último sería prioritario. El profesional tiende a desempeñar un rol de tutor. El paciente se muestra relativamente aquiescente y poco asertivo, proporciona información cuando se le pregunta y sigue las instrucciones sin hacer muchas preguntas o discutir. Este modelo es la forma tradicional de

relación médico-paciente y aún es muy común en nuestro entorno (Ruiz Moral *et al.*, 2003).

- Modelo consumista (también denominado informativo, científico, ingeniero): El objetivo es que el profesional facilite al paciente toda la información pertinente para que este último pueda tomar las decisiones oportunas respecto a las opciones de tratamiento. Se trata de un modelo en el que el profesional tiene un rol de facilitador de conocimientos técnicos, actúa como experto, de manera que proporciona al paciente los medios para ejercer el control. El paciente tiene mayor poder en la decisión médica que el profesional y da la impresión de que «consume» servicios sanitarios, como comprador de un producto (por ejemplo, el cuidado de su salud). Se trata de un estilo que ha ido ganando popularidad en las últimas décadas.
- Modelo mutualista: Este modelo resalta la colaboración y participación mutuas, existe un balance equilibrado entre el profesional y el paciente en cuanto al control. Es más probable que las interacciones y la toma de decisiones sean participativas. Se trata de un encuentro entre expertos, aunque los dominios de su experiencia suelen ser diferentes. El paciente es un experto sobre sus síntomas, historia médica, estilo de vida y preferencias; el profesional sobre problemas médicos y aspectos técnicos. Cada uno de los participantes se esfuerza en aportar y responsabilizarse en la medida de sus posibilidades.
- Modelo ausente: Se caracteriza principalmente por que ninguna de las partes ejerce control, lo que podría conducir a insatisfacción en ambos y la no participación por parte del paciente.

Estos cuatro tipos no son exhaustivos y tampoco sería adecuado afirmar categóricamente que existe un modelo de relación único que sirva para todos los encuentros clínicos (Clarke *et al.*, 2004). Sería equivocado pretender que un protocolo se ajuste a todos los pacientes ya que estos difieren en sus preferencias sobre estilos de interacción (Fraenkel, 2011), tanto a nivel individual como a nivel interindividual. Algunos estudios muestran que los pacientes más jóvenes, con un nivel educativo superior y de sexo femenino valoran el recibir información y quieren implicarse activamente en el proceso de tratamiento (Krupat *et al.*, 2000). Pero también puede encontrarse que una misma persona puede preferir estilos diferentes en función de variables como el tipo de enfermedad. Favorecer un único modelo podría limitar la capacidad del profesional de la salud para adquirir competencias de relación interpersonal que le permitan adaptarse a diferentes situaciones clínicas (Lussier; Richard, 2008), donde además del paciente también se tiene en cuenta la naturaleza del problema médico y la gravedad del mismo.

Tradicionalmente, se ha considerado que la competencia relacional formaba parte de las cualidades innatas del médico y que no podía ser modificada, de manera que algunos profesionales tenían más «arte» que otros (Ruiz-Moral, 2004). Hoy en día, se sabe que se puede aprender y mejorar. Relacionarse adecuadamente con el paciente no es simplemente «ser agradable». Una buena relación no es algo que surge espontáneamente, se necesita ir construyendo progresivamente a lo largo de la entrevista médica y en los sucesivos encuentros que se suceden entre el médico y el paciente. La competencia relacional implica el

entrenamiento en habilidades comunicativas.

La entrevista médica es la herramienta principal a través de la cual el médico y el paciente intercambian información; entre un 70 % y un 80 % de los diagnósticos médicos se obtienen a partir de la información que se extrae de la misma (Peterson *et al.*, 1992; Roshan, Rao, 2000; Sandler, 1980). Por ello, la comunicación es una competencia esencial de la práctica clínica (Silverman; Kurtz; Draper, 2008). Sus funciones principales son: 1) fomentar una relación médico-paciente saludable; 2) intercambiar y manejar la información; 3) validar y responder a las emociones del paciente; 4) manejar la incertidumbre; 5) tomar decisiones médicas; y 6) capacitar el autocuidado del paciente (Epstein, Street, 2007; Ong *et al.*, 1995). Todas estas funciones no son independientes ni jerárquicas, se solapan e interactúan, y pueden afectar de manera importante en los resultados de salud. La comunicación se convierte, por tanto, en una tarea principal y en una herramienta útil (Martin *et al.*, 2010).

La relevancia de la competencia relacional del médico ha llevado a estudiar empíricamente la influencia de las habilidades comunicativas en la salud del paciente. Hoy en día se puede afirmar que una comunicación efectiva se relaciona con resultados positivos como (Ambady, Laplante *et al.*, 2002; Bertakis, Azari *et al.*, 1999; Bertakis, Callahan, Azari *et al.*, 2000; Britten *et al.*, 2000; Fuertes *et al.*, 2007; Lester, Smith, 1993; Levinson, Stiles, Inui *et al.*, 1993; Marvel, Epstein, Flowers *et al.*, 1999; Mira *et al.*, 1994; Ruiz-Moral, 2004; Silverman *et al.*, 2008; Smith, Polis, Hadac, 1981; Street, Epstein, 2008):

- Precisión diagnóstica
- Adherencia al tratamiento
- Mayor recuerdo y comprensión de la información médica
- Alivio de síntomas y mejora de resultados fisiológicos
- Disminución de la morbilidad psiquiátrica
- Menor frustración y mayor satisfacción del profesional
- Mejor utilización de recursos terapéuticos por parte del profesional y del paciente
- Mejor relación terapéutica
- Menos juicios por mala praxis

En un estudio publicado en la prestigiosa revista *Lancet* (Ramirez *et al.*, 1996), en el que participaron 882 profesionales del Reino Unido, se detectó que una de las variables que protegía la salud mental de los profesionales era el sentirse suficientemente capacitado en competencias comunicativas. Además, los pacientes valoraban la relación interpersonal con los profesionales sanitarios incluso por encima de las habilidades técnicas (Beckman, Markakis, Suchman *et al.*, 1994; Ruiz-Moral, 2004; Wensing, Jung, Mainz *et al.*, 1998). En el trabajo realizado en nuestro país por Mira *et al.* (2002), en el que participaron 171 pacientes de diferentes servicios sanitarios (medicina y cirugía, obstetricia, pediatría, consultas externas y urgencias, y centros de atención primaria), la empatía, el trato y el confort eran los aspectos que se relacionaban con la valoración del encuentro clínico como satisfactorio. Como anécdota, si se consulta la sección Cartas al Director de periódicos locales es común

encontrar escritos de ciudadanos que agradecen a equipos médicos de centros hospitalarios la atención y el trato recibido durante la hospitalización de algún familiar.

Otros estudios se han dirigido a estudiar las habilidades comunicativas de los profesionales y han encontrado las siguientes deficiencias (Hall, Stein, Roter, Rieser, 1999; Maguire, Pitceathly, 2002; Street, Haidet, 2011): 1) se detectan únicamente la mitad de las quejas y preocupaciones de los pacientes; 2) a menudo se obtiene poca información sobre la percepción de los pacientes o sobre el impacto físico, emocional y social de los problemas de salud; 3) se proporciona información de forma inflexible e ignorando lo que el paciente realmente quiere saber; 4) se pone poca atención a comprobar si los pacientes han entendido bien lo que se les ha dicho; y 5) se reconoce menos de la mitad de la morbilidad psicológica. En nuestro país, Torío y García (1997) encontraron que *únicamente* uno de cada cuatro médicos ofrecía una explicación adecuada al paciente; menos de uno de cada diez se interesaba por sus preferencias, opiniones y creencias sobre el diagnóstico y el tratamiento, por lo que el paciente tenía pocas oportunidades para hablar en las consultas. En otro estudio, se detectó que en los residentes de familia disminuye el interés por los aspectos personales y contextuales del paciente durante su último año de residencia (Ruiz-Moral; Rodríguez; Pérula *et al.*, 2002).

El currículum tradicional de medicina no contemplaba el aprendizaje de competencias comunicativas e interpersonales en los programas. En el año 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) elaboró un documento dirigido principalmente a las facultades de Medicina y otras instituciones de formación de profesionales en el ámbito de la salud, en que se enfatizaba la importancia del entrenamiento en habilidades de interacción y comunicación. En las últimas décadas, ha habido un aumento del reconocimiento internacional de la importancia de enseñar habilidades comunicativas durante la formación de pregrado, como se refleja en programas curriculares de diferentes facultades de Medicina y en declaraciones de consenso y estándares para la práctica profesional y la educación (Brown, 2008; General Medical Council, 2009; Makoul, 2001; Rider, Keefer, 2006; von Fragstein *et al.*, 2008).

En las diferentes ediciones de la «Conferencia Internacional de Comunicación y Salud», celebrada en el año 2000 en Barcelona (Borrell; Epstein, 2001), se ha puesto de manifiesto que las habilidades de relación y de comunicación en la práctica clínica se pueden enseñar y aprender (Simpson *et al.*, 1991). En los Estados Unidos, desde el año 2004, los estudiantes de medicina tienen que mostrar su competencia tanto en habilidades clínicas como en habilidades interpersonales y comunicativas para poder practicar su profesión (Rider; Keefer, 2006). La American College of Graduate Medical Education y la Association of Medical Colleges reconocen el papel crucial que juega la comunicación, requieren la competencia en comunicación interpersonal como una habilidad nuclear en la práctica médica. Un buen comunicador no nace, sino que se hace. Sin embargo, los módulos de aprendizaje de habilidades comunicativas se han centrado fundamentalmente en la comunicación verbal y se ha sugerido que la comunicación no verbal se incorpore con entidad propia (Bensing, Kerssens, van der Pasch, 1995; Ishikawa, Hashimoto, Kinoshita *et al.*, 2010; Mast, 2007; Roter *et al.*, 2006).

Capítulo I

La comunicación no verbal

1. Introducción

Cuando imaginamos una relación entre dos personas, como es el caso del médico y el paciente, tendemos a pensar en la parte verbal de la interacción (por ejemplo, el paciente explica verbalmente sus molestias y el médico le hace preguntas sobre sus síntomas). Pero, aunque la comunicación verbal es, sin duda, un importante canal de comunicación que usa el ser humano para interactuar con otras personas, no es el único (García-Marcos, 1990). Es tan importante lo que se dice como la forma de decirlo, lo que no se dice y lo que lo hace explícito. El canal no verbal transmite una cantidad de información nada despreciable. El antropólogo americano Ray Birdwhistell (1970), experto en el estudio de la comunicación no verbal, llegó a afirmar que el 65 % del significado de un mensaje se comunica mediante señales no verbales.

La comunicación no verbal es universal y está siempre presente. Continuamente estamos enviando información a los demás a través del canal no verbal y recibiendo, de manera simultánea, sus señales no verbales. En nuestros encuentros interpersonales diarios, tienen lugar constantes intercambios a nivel no verbal de manera sutil, muchas veces desapercibidos. Imaginemos que llegamos a la sala de espera de una consulta médica, exploramos el territorio con la mirada y nos percatamos de que no queda un sitio libre. Sin embargo, observamos que una persona nos mira y acto seguido retira su bolso de la silla de al lado. Esta señal influye en nuestro comportamiento. Posiblemente interpretemos su comportamiento no verbal como señal de que nos ofrece un asiento libre y acabemos haciendo uso del mismo, al mismo tiempo que agradecemos el gesto con contacto visual y una sonrisa.

La comunicación no verbal no se limita exclusivamente a situaciones donde las personas que interactúan están físicamente presentes (Patterson, 2010). Este canal permite transmitir tal cantidad de información a través de imágenes que, los medios de comunicación, y en especial la publicidad, han hecho de él su herramienta favorita para hacer llegar su mensaje a clientes y público en general. La popular frase «una imagen vale más que mil palabras» resume el poderoso potencial de la comunicación no verbal.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación han tenido un gran impacto en las vías de comunicación del ser humano; han facilitado diversas maneras de estar en contacto con los demás sin necesidad de la presencia física. Paralelamente, la necesidad de vencer las limitaciones de la comunicación escrita en comparación a encuentros cara a cara ha llevado al desarrollo de iconos universalmente compartidos, los *emoticones*. Se trata de representaciones gráficas de expresiones faciales emocionales que se utilizan frecuentemente en mensajes de correo electrónico, en foros, en mensajes de texto, en *chats*, etc. (Walther; D'Addario, 2001). Estos símbolos añaden tono emocional al lenguaje escrito para facilitar la interpretación del mensaje. Por ejemplo, no sería lo mismo enviar el *sms* «paso de ti», que el

sms «paso de ti ;-)». En el segundo caso, el *emoticon*, consistente en un guiño acompañado de sonrisa, añade un tono amistoso al mensaje. En las redes sociales virtuales, como el caso de Facebook, una fotografía es la carta de presentación de una persona y es un claro desencadenante de impresiones y de interacciones sociales, la red de amigos realiza frecuentemente comentarios sobre la imagen.

Si buscamos información sobre la comunicación no verbal, frecuentemente se utiliza el término *lenguaje corporal* para hacer referencia a la misma. Una manera rápida y sencilla de comprobarlo es haciendo una búsqueda en internet. Sin embargo, como señala Patterson (2010), existen varias razones para afirmar que la comunicación no verbal no es un lenguaje corporal:

Las palabras, componentes básicos del lenguaje, tienen referentes específicos (por ejemplo, objetos, personas) y acepciones conocidas. En cambio, el significado de una conducta no verbal específica depende, en la mayoría de los casos, del contexto social y cultural en el que tiene lugar.

El lenguaje es un sistema de comunicación verbal y escrito propio del ser humano, dispone de una sintaxis que determina cómo se articulan las palabras para transmitir un mensaje. La conducta no verbal tiene significado, su mensaje implica intenciones y estados personales o interpersonales, pero no dispone de una sintaxis.

Existen formas de enviar información sobre un contenido determinado sin utilizar signos hablados o escritos, como la lengua de signos. Se trata de un lenguaje no hablado controlado desde el hemisferio izquierdo, igual que el lenguaje hablado. Sin embargo, la mayor parte del envío y la recepción de señales no verbales se controla desde el hemisferio derecho.

El sistema de comunicación no verbal implica más que el propio cuerpo, los elementos del entorno físico y los objetos personales también proporcionan información.

2. Características, funciones y dimensiones de la comunicación no verbal

Como en la actualidad no se dispone de una definición ampliamente aceptada sobre la comunicación no verbal, a continuación se presentan las propuestas de dos autores de gran influencia en este ámbito de estudio. Knapp (1992) utiliza el término no verbal para hacer referencia a todos los acontecimientos de la comunicación humana que transcienden las palabras dichas o escritas. Entiende por comunicación no verbal los comportamientos sin contenido lingüístico. Patterson (2010) la describe como el envío o la recepción de información y de influencia a través del entorno físico, la apariencia física y la conducta no verbal. De estas descripciones se desprenden una serie de ideas a destacar: no es un lenguaje; no es únicamente un canal de transmisión de información, sino también de influencia en el comportamiento de los demás; y no hace referencia exclusiva al cuerpo.

La comunicación verbal y la no verbal son partes integrantes e interactuantes de un mismo proceso comunicativo. Sin embargo, el canal no verbal presenta una serie de peculiaridades que le diferencian del verbal (Patterson, 2010; Silverman *et al.*, 2008):

- La comunicación verbal es intermitente, se producen silencios y está regulada por unas reglas (por ejemplo, turnos para hablar). En contraste, la comunicación no verbal es continua, está siempre «conectada»; es imposible dejar de comunicarnos a través del canal no verbal (Watzlawick; Jackson, 2010). Durante un *silencio verbal*, la comunicación no verbal nos ayuda a saber cómo se debería interpretar el contenido del silencio; por ejemplo, si es incómodo o no. No obstante, que siempre esté en funcionamiento no implica que procesemos toda la información que recibimos. La atención es selectiva, nos damos cuenta de los acontecimientos que nos interesan o influyen en nuestro bienestar.
- La comunicación verbal normalmente se produce de una única manera, vía auditiva (hablada) o vía visual (escrita). Para que dos interlocutores se comuniquen, es necesario que ambos no hablen al mismo tiempo o no se entenderán. Sin embargo, la comunicación no verbal se produce de manera simultánea. Por un lado, diferentes comportamientos no verbales se producen de manera coincidente, es decir, podemos sonreír al mismo tiempo que hacemos un gesto de estar de acuerdo con la mano. Por otro lado, enviamos y recibimos información al mismo tiempo. Es una característica efectiva, ya que permite coordinar las interacciones con los demás. Además, podemos estar hablando por teléfono con alguien y, paralelamente, de manera no verbal nos comunicamos con una persona que se encuentra a nuestro lado. Por lo tanto, que un paciente no hable no quiere decir que no transmita información. Mientras el médico facilita determinada información, puede percibir simultáneamente que el paciente no parece entender lo que se le está explicando o que se está tratando un tema incómodo. La comunicación no verbal se vuelve especialmente importante cuando el mensaje es ambiguo (Mast, 2007). Si se capta incongruencia entre el mensaje verbal y no verbal se tiende a confiar más en el no verbal.
- La comunicación verbal se produce mayoritariamente bajo control voluntario, requiere cierta atención, tanto en el envío como en la recepción de mensajes. Sin embargo, gran parte de la información que se envía y se recibe a través del canal no verbal se procesa automáticamente, fuera de nuestra conciencia. No acostumbramos a pensar en la parte no verbal de las interacciones; simplemente se manifiesta la conducta no verbal y se forman las impresiones. No obstante, la comunicación no verbal también puede ser susceptible de control voluntario, aunque determinados comportamientos resulten difíciles de modificar (Depaulo, 1992). Por ejemplo, podemos levantar deliberadamente la mano y moverla continuamente para señalar que queremos intervenir en una discusión. Esta posibilidad de control intencional es de gran utilidad en una relación médico-paciente, permite poner en marcha comportamientos no verbales que se han mostrado adecuados para establecer una buena alianza terapéutica con el paciente, como es el caso de la sonrisa en el momento del recibimiento. Por otro lado, hay que tener presente que en una entrevista médica se obtiene una importante cantidad de información no verbal de manera inconsciente (por ejemplo, apariencia física, forma de expresarse, modales, etc.) que influyen en las reacciones emocionales del médico y del paciente durante el encuentro y pueden explicar diferencias de trato.
- La comunicación no verbal es cognitivamente eficiente. Dado su funcionamiento continuo,

está preparada para absorber poca batería cognitiva. Cuando una persona pretende aumentar el control de su comportamiento no verbal a la hora de transmitir un mensaje, el resultado podría ser una actuación que resulte falsa, poco creíble, y que no tenga la misma influencia en el receptor. Al mismo tiempo, si el receptor del mensaje piensa demasiado en el significado de una conducta no verbal puede minar la buena precisión que tenemos habitualmente cuando hacemos juicios automáticos sobre los demás. Por lo tanto, pensar más no suele ser un buen consejo cuando se trata de enviar y recibir información no verbal. Pero sí nos podemos entrenar para ser mejores observadores del comportamiento no verbal del otro y contrastar posteriormente las impresiones que nos formamos, y perfeccionar nuestro comportamiento no verbal para mejorar las interacciones sociales.

- La comunicación verbal permite analizar acontecimientos pasados y especular sobre el futuro. Podemos entablar una conversación sobre temas pasados o futuros. Sin embargo, la comunicación no verbal se basa mayoritariamente en el aquí y ahora, es *presentista*, depende de la disponibilidad de señales. Por ejemplo, cuando hablamos por teléfono, como hay menos señales, ponemos más atención al tono que en las interacciones cara a cara, en las que hay otros comportamientos disponibles (Mast, 2007).
- La comunicación verbal es adecuada para comunicar información discreta y para transmitir ideas y pensamientos. La comunicación no verbal es la vía principal de comunicación de actitudes, emociones y afecto (Mast, 2007). Tiene un rol importante cuando no nos sentimos capaces de expresar con palabras lo que sentimos o cuando las palabras son inadecuadas para expresar determinados sentimientos generadores de conflictos sociales (por ejemplo, odio).

La comunicación no verbal desempeña funciones relacionadas con la supervivencia. La vulnerabilidad de los seres humanos requiere un apego natural y la capacidad para comunicar necesidades y asegurar la crianza por parte de los adultos. Los bebés comunican sus necesidades a sus cuidadores a través del canal no verbal, responden de manera diferenciada a expresiones emocionales y son capaces de coordinar su comportamiento con los cuidadores. Más allá de las funciones de supervivencia, también se le atribuyen las siguientes (Philippot, Feldman, Coats, 2003; Riggio, 2006; Ruiz-Moral, 2004):

- Expresar sentimientos, emociones, intenciones y actitudes
- Validar los mensajes verbales
- Manejar las impresiones
- Desarrollar relaciones interpersonales
- Iniciar y mantener la interacción social
- Regular la interacción social

La comunicación no verbal desempeña un relevante papel en la formación de impresiones; los juicios interpersonales dependen mayoritariamente de las señales no verbales de la persona con la que interaccionamos (Mast, 2007). Cuando contactamos con alguien por

primera vez y lo hacemos a través del teléfono, a pesar de que la persona no se encuentra presente y no la hemos visto nunca presencialmente, sin querer nos imaginamos cómo es física y comportamentalmente. Al interaccionar con otras personas o al observar interacciones de otros, hacemos juicios sobre los rasgos de personalidad, el tipo de relación social que mantienen las personas implicadas (por ejemplo, quién es el jefe), las intenciones y los motivos, y sobre lo que sienten o piensan. Es posible que, en alguna ocasión, algún amigo nos informe de que ha conocido a una nueva persona y le hayamos pedido que nos muestre una foto para hacernos una idea mejor. Lo que realmente sucede es que la apariencia física de la persona, su expresión facial, su mirada y su postura nos facilitan información para formarnos una impresión y atribuir determinadas características a la persona, parece como si ya la conocemos.

La opinión que nos formamos de una persona se basa principalmente en nuestra percepción de su comportamiento no verbal durante los primeros minutos del encuentro, y esta impresión tiende a persistir. Como se deduce, podemos influir en el comportamiento de las personas con las que interaccionamos por nuestra, a menudo inconsciente, comunicación no verbal (Mast, 2007). En otras ocasiones es consciente, como es el caso de la vestimenta y el acicalamiento propios de una primera cita. En el ámbito político se tiene muy en cuenta esta influencia en el manejo de impresiones. Recuerdo un comentario de un tertuliano de la radio que hacía referencia a la apariencia física de un candidato de la lista electoral el día de las elecciones municipales, decía algo así: «Debería haber cuidado más su imagen y no aparecer con aspecto de relajado y de haber estado en la playa tomando el sol en pleno momento de campaña, su compañero sí tenía aspecto de estar cansado». La relación médico-paciente como interacción social que es también está sujeta a este tipo de influencias.

El psicólogo Ronald Riggio (2006) ha formulado un marco conceptual para definir y evaluar las habilidades sociales básicas. Propone que la competencia social de las personas está compuesta por tres tipos básicos de habilidades comunicativas, cada una de ellas con forma verbal y no verbal. Las dimensiones no verbales de las habilidades sociales serían:

- Expresividad emocional: Se relaciona con la capacidad para enviar/codificar mensajes no verbales, incluye la expresión no verbal de emociones, actitudes, estatus o dominio y orientación interpersonal.
- Sensibilidad emocional: Refleja la capacidad para recibir/decodificar mensajes no verbales de los demás, así como la capacidad para prestar atención a señales no verbales.
- Control emocional: Capacidad para controlar y regular la experiencia emocional y la expresión de emociones. Implica la capacidad para ocultar estados emocionales y mostrar emociones particulares de manera deliberada.

Las personas difieren en la habilidad para comunicarse de manera no verbal, es decir, en su capacidad para transmitir mensajes no verbales a los demás con precisión, para «leer» el comportamiento no verbal de los demás y para monitorizar y controlar sus exhibiciones no verbales (Riggio, 2006). No todas las personas tienen la misma destreza. Una consulta médica

es un claro ejemplo de la heterogeneidad existente, ya que por ella pasan cada día una multitud de pacientes y profesionales de la salud con características muy diversas, de manera que cada interacción médico-paciente es única. La competencia social no verbal se puede aprender y mejorar. Por ejemplo, la investigación en la detección del engaño sugiere que se puede mejorar esta capacidad proporcionando feedback de la precisión de la ejecución y con práctica (Zuckerman; Koestner; Colella, 1985). En definitiva, el comportamiento no verbal es un medio principal de comunicación social y regulación interpersonal. Cualquier alteración o disfunción podría tener un efecto en el bienestar de la persona y en su funcionamiento interpersonal (Philippot *et al.*, 2003).

3. La comunicación no verbal en la práctica clínica

La presencia de síntomas físicos o el padecimiento de una enfermedad que amenaza el estado de bienestar de una persona suponen cambios y alteraciones del estado emocional. Pueden aparecer emociones como depresión, ansiedad o miedo. Al mismo tiempo, los trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, trastorno depresivo mayor) y los trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada), no debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica, son frecuentes. La depresión es altamente prevalente en población general y particularmente frecuente en pacientes de atención primaria, entre el 10 % y el 15 % la padecen. Tiene importantes repercusiones para la salud pública, al ser una de las principales causas de discapacidad, absentismo laboral, disminución o pérdida de productividad y mayor utilización de recursos sanitarios (Egede, 2007). Los trastornos de ansiedad también son habituales en pacientes de atención primaria y son una importante fuente de morbilidad (Culpepper, 2002). Además, la presencia de problemas psicosociales, tales como problemas económicos, familiares, de vivienda o laborales, es frecuente en pacientes con problemas emocionales (Bikson; McGuire; Blue-Howells *et al.*, 2009).

Sin embargo, los problemas emocionales y las preocupaciones de los pacientes no siempre se identifican (Culpepper, 2002; Egede, 2007). Ormel, Koeter, van den Brink y van de Willige (1991) encontraron que únicamente el 47 % de pacientes que cumplían criterios para un trastorno psiquiátrico, preferentemente ansiedad o depresión, fueron detectados por médicos generalistas. Por otro lado, no parece haber un alto acuerdo entre médico y paciente respecto a los problemas que presenta este último. Starfield, Wray y Hess (1981) observaron que únicamente un 50 % de pacientes y médicos se mostraban de acuerdo sobre la naturaleza del problema de salud. En un estudio más reciente, Street y Haidet (2011) detectaron que las percepciones de médicos y pacientes sobre las creencias de salud de los pacientes diferían significativamente; los médicos consideraban erróneamente que las creencias de los pacientes eran más cercanas a las suyas. Por último, las estimaciones de los profesionales de la salud respecto a la presencia de problemas psicosociales son inferiores a las de los pacientes (Bikson *et al.*, 2009).

Las ideas del paciente (lo que piensa sobre su problema de salud), sus preocupaciones (los

aspectos del problema que le inquietan), sus expectativas (cómo espera que sea abordado el problema) y los efectos del problema de salud sobre su persona y su entorno social no siempre se exponen directa y espontáneamente a través del lenguaje verbal. Con frecuencia, se expresan de manera encubierta, los pacientes proporcionan «pistas» durante las conversaciones con los profesionales de la salud (Levinson, Gorawara-Bhat, Lamb, 2000; Ong *et al.*, 1995; Ruiz-Moral, 2004; Suchman, Markakis, Beckman *et al.*, 1997). Las emociones se expresan mayoritariamente a través de la cara, la voz y el cuerpo. Únicamente el 7 % de la comunicación emocional se transmite de manera verbal; el 22 % se transfiere a través del tono de voz; y el 55 % a través de comportamientos no verbales como el contacto visual o la posición del cuerpo (Bensing, 1991; citado en Ong *et al.*, 1995). El estado emocional de una persona se puede entender incluso sin comprender sus palabras (Haskard *et al.*, 2008). Paradójicamente, uno de los errores más frecuentes de los entrevistadores es pasar por alto la comunicación no verbal de la persona entrevistada (García-Marcos, 1990). En el estudio realizado por Levinson, Gorawara-Bhat y Lamb (2000) con médicos de atención primaria y cirujanos, encontraron que los profesionales de ambas especialidades tendían a ignorar estas claves.

Sin embargo, la exploración de las preocupaciones de los pacientes aumenta su satisfacción, la adherencia al tratamiento y los resultados de la enfermedad (Lang; Floyd; Beine, 2000). Clark y Finkel (2005) encontraron que las personas están más predispuestas a expresar emociones cuando perciben que la otra persona asume cierta responsabilidad por su bienestar emocional, ya que la expresión de emociones facilita información sobre las necesidades y vulnerabilidades.

Como se deduce, la capacidad del profesional de la salud para detectar las señales no verbales emocionales es crítica. Si el médico excluye el canal no verbal o presenta escasas competencias comunicativas para codificar adecuadamente el canal no verbal, podría tener como consecuencia la obtención de una información incompleta o sesgada de la realidad del paciente, que incidiría negativamente en el diagnóstico y en el planteamiento de estrategias terapéuticas adecuadas (Satterfield; Hughes, 2007). Al mismo tiempo, la falta de detección de expresiones directas e indirectas de afecto de los pacientes supone una amenaza para la relación médico-paciente.

Decodificar las señales no verbales emocionales supone una oportunidad para comprender mejor al paciente (Levinson *et al.*, 2000; Silverman *et al.*, 2008), por lo que se convierten en una potencial *oportunidad empática* (Suchman *et al.*, 1997). La empatía contribuye a fortalecer la relación entre el médico y el paciente, los propios profesionales de la salud consideran que esta se transmite más eficazmente a través de comportamientos no verbales (Shapiro, 2002). La empatía es un proceso de dos etapas: 1) comprender y apreciar sensiblemente los sentimientos del paciente, y 2) mostrar al paciente que se entiende su estado emocional (Silverman *et al.*, 2008). Reconocer la presencia de emociones presentes, pero no directamente expresadas, permite explorarlas y transmitir al paciente verbal y no verbalmente la sensación de sentirse comprendido.

La comunicación no verbal del paciente no únicamente permite detectar emociones, sino que

también podría considerarse como indicadora de procesos patológicos o un índice diagnóstico de psicopatología (Philippot; Feldman; Coats, 2003). No es indicativa de un síndrome clínico *per se*, pero podría revelar la existencia de posibles disfunciones (por ejemplo, detección de pérdida de peso en un paciente con diabetes no tratada). Como destacan Philippot, Feldman y Coats (2003), entre las características que convierten a la comunicación no verbal en una herramienta de ayuda para el diagnóstico destacan: 1) las señales no verbales a veces son el inicio y los indicadores más fiables de trastornos, especialmente en edades tempranas (por ejemplo, trastornos del espectro autista); 2) facilita información sobre reacciones emocionales espontáneas del paciente, por lo que es particularmente importante en condiciones egodistónicas (por ejemplo, trastornos de personalidad); 3) permite valorar el nivel de funcionamiento y competencia social del paciente; y 4) permite detectar mejoría en encuentros sucesivos. En algunos casos, el entrenamiento no verbal forma parte del tratamiento de pacientes con claros déficits de competencia social.

La comunicación no verbal facilita escuchar activamente al paciente. La capacidad de escuchar es de vital importancia para los profesionales de la salud (Boudreau; Cassell; Fuks, 2009). En palabras de Sir William Osler, «escucha a tu paciente, te está diciendo el diagnóstico». Sin embargo, Beckman y Frankel (1984) encontraron que los médicos interrumpen a los pacientes antes de producirse su apertura. En un 69 % de las visitas el paciente era interrumpido en un tiempo medio de 18 segundos, únicamente un 23 % de los pacientes tuvieron la oportunidad de expresar sus preocupaciones. La *escucha activa* es una técnica comunicativa eficaz que permite acceder a la perspectiva del paciente sobre la enfermedad (Simpson *et al.*, 1991) y detectar la *agenda oculta*, es decir, aquellos problemas que no se presentan como motivo de consulta y pueden pasar desapercibidos o exponerse en los últimos minutos antes del cierre y no ser tratados (Roter; Hall, 2006). La escucha activa consiste en atender a las pistas del paciente, es decir, a las palabras, expresiones o comportamientos que no son explícitos pero tienen un significado especial y sugieren ideas, preocupaciones y expectativas no expuestas directamente. Lang, Floyd y Beine (2000) han propuesto una clasificación de las pistas para que los profesionales puedan mejorar sus habilidades de escucha activa, entre las que se encuentran señales no verbales. La taxonomía es la siguiente:

- Expresiones verbales y no verbales de sentimientos sobre la enfermedad, especialmente preocupación.
- Intentos verbales y no verbales de explicar o de comprender los síntomas.
- Claves en el discurso que subrayan preocupaciones particulares del paciente (por ejemplo, pausas prolongadas reflexivas).
- Historias personales que asocia el paciente con condiciones médicas y riesgos.
- Claves comportamentales indicadoras de preocupaciones no resueltas o expectativas insatisfechas (por ejemplo, interrupciones al médico, presencia de otras personas en la visita).

La comunicación no verbal del profesional de la salud influye en el estado emocional y en el comportamiento del paciente. En un contexto clínico, como el médico y el paciente desempeñan diferentes roles, el paciente se encuentra en una posición en la que la cantidad de información de la que dispone es inferior en comparación al profesional sanitario. Esta situación convierte al paciente en especialmente sensible al comportamiento no verbal del médico (Hall, 1995). Sentimientos como ansiedad o incertidumbre, o la sensación de que no se le ha informado de todo, explican, en parte, que el paciente preste especial atención a cualquier señal no verbal que pueda ayudarle a resolver dudas sobre diferentes aspectos de su estado de salud (por ejemplo, gravedad, curso, pronóstico). Esta característica se agudiza cuando el paciente presenta una enfermedad potencialmente grave. Por ello, por un lado, cualquier inconsistencia que detecte el paciente la puede interpretar como falta de autenticidad, lo que amenaza la confianza del paciente en el equipo médico y en la efectividad del tratamiento. Por otro lado, tal como subraya Judith Hall (1995), la *neutralidad afectiva* puede no ser buena consejera para el profesional, ya que el intentar comportarse de manera neutral se puede interpretar negativamente (por ejemplo, desinterés, hostilidad, ocultación de resultados negativos). La comunicación no verbal «deja caer» mensajes de manera automática y no controlada que no estaban destinados a ser transmitidos por parte del profesional y pueden herir la sensibilidad del paciente (DiMatteo; Taranta; Friedman *et al.*, 1980).

El comportamiento no verbal también desempeña una importante función en la creación y el mantenimiento de la relación terapéutica. La tendencia de las personas a imitar o reflejar el comportamiento no verbal de la persona con la que interactúan, es decir, moverse o hablar de manera sincronizada, puede favorecer el establecimiento de una buena alianza terapéutica entre el médico y el paciente (Haskard *et al.*, 2008; J. Silverman *et al.*, 2008). Existen dos fenómenos que ilustran la disposición de las personas a comportarse de manera recíproca a nivel no verbal: el *efecto camaleón* y el *mimetismo motor*. El efecto camaleón (Chartrand; Bargh, 1999), se define como la tendencia natural de las personas a imitar, pasiva e inintencionalmente, las posturas, los manierismos, las expresiones faciales y otros comportamientos de las personas con las que interaccionamos. El efecto se hace más patente en personas que muestran mayor empatía. Si el profesional de la salud presta atención al reflejo no consciente del paciente del comportamiento no verbal del médico, le permitirá utilizarlo para mantener un trato cordial.

El mimetismo motor (Bavelas; Black; Chovil *et al.*, 1988) se define como la conducta de un observador que se adecua a la situación de otras personas. Por ejemplo, hacer una mueca cuando alguien se da un golpe, agacharse cuando otra persona lo hace o hacer un gesto con la cara cuando vemos a alguien que lleva una carga pesada. Estas tendencias, en ocasiones, conducen al *contagio emocional*, que se produce cuando una experiencia emocional se desencadena como resultado de mimetizar el comportamiento de alguien (Knapp; Hall, 2010). Los médicos y los pacientes también están sujetos a influencias mutuas a través del comportamiento no verbal (Roter *et al.*, 2006). Haskard *et al.* (2008) observaron que los médicos mostraban un tono de voz más cálido y más interesado cuando hablaban con pacientes que se encontraban nerviosos en comparación a los que no mostraban alteración emocional.

Las Calgary-Cambridge Guides describen las cinco tareas principales de una entrevista clínica: 1) inicio de la relación, 2) recogida de información, 3) exploración física, 4) explicación y planificación, y 5) cierre de la sesión (Silverman *et al.*, 2008). Se añaden otras dos tareas que se dan de manera continua a través de toda la entrevista: 1) estructurar la entrevista y 2) construir la relación. Cada una de siete funciones se relaciona con diferentes competencias específicas. Utilizar un comportamiento no verbal adecuado se describe como una competencia propia de la tarea construir la relación. Por tanto, la comunicación no verbal es un componente fundamental a tener en cuenta a lo largo de toda la entrevista clínica para crear y mantener la relación terapéutica.

Otra de las funciones de la comunicación no verbal en la práctica clínica son las propiedades que tienen algunos comportamientos, como el contacto físico, la sonrisa o el tono de voz cordial, para aumentar el bienestar del paciente, disminuyendo su malestar emocional y proporcionando confort (Street; Makoul; Arora *et al.*, 2009). Klitzman (2006) estudió en una muestra de médicos que presentaban problemas de salud graves, es decir, eran médicos y pacientes al mismo tiempo, los aspectos que consideraban que podrían mejorar la empatía y la competencia interpersonal en general. Entre los aspectos valorados positivamente destaca el aumento de la conciencia sobre los aspectos no verbales del cuidado. Los profesionales indicaban que frotar la espalda podría aliviar un sentimiento de soledad.

¿Qué evidencia existe a favor de la relevancia de la comunicación no verbal en la práctica clínica?

- Los pacientes muestran más satisfacción con el encuentro médico cuando los profesionales muestran comportamientos no verbales como: asentir con la cabeza, gesticulación, distancia próxima en la fase de recogida de información, inclinación hacia delante, orientación corporal hacia el paciente, un nivel moderado de contacto visual, mirar tanto al hablar como al escuchar y utilizar un tono de voz y una velocidad similar a la del paciente (Griffith, Wilson, Langer *et al.*, 2003; Hall *et al.*, 1995; Ishikawa *et al.*, 2006; Larsen, Smith, 1981). Los residentes de medicina interna y residentes de familia que presentan mayor capacidad de comunicar emociones a través de la cara y la voz tienen pacientes más satisfechos con el cuidado médico y más pacientes en sus listas. Los pacientes de médicos que leen e interpretan correctamente las señales no verbales están más satisfechos y es más probable que vuelvan a la próxima visita (DiMatteo *et al.*, 1980; DiMatteo, Hays, Prince, 1986).
- Los médicos que miran a sus pacientes directamente, mantienen más contacto visual y mantienen los brazos abiertos generan una impresión más positiva, se perciben como más empáticos, interesados y cálidos (Ambady, Koo, Rosenthal, Winograd, 2002; Harrigan, Oxman, Rosenthal, 1985).
- La escucha activa (contacto visual, postura abierta y cara a cara, ausencia de interrupciones verbales) y la capacidad para hacer preguntas sobre contenido psicológico se relacionaba con la capacidad para identificar problemas emocionales del paciente (Girón; Manjón-Arce; Puerto-Barber *et al.*, 1998). Mejora la calidad del diagnóstico, ya que permite comunicar la *agenda oculta* (Bensing *et al.*, 1995; Collins, Schrimmer, Diamond *et al.*, 2011; Duggan,

Parrott, 2001). Robbins *et al.* (1994) observaron que los médicos que se mostraban más sensibles a las expresiones no verbales de emoción parecían mostrar una mayor disposición para formular un diagnóstico psiquiátrico y eran más capaces de detectar señales no verbales de malestar emocional. Archinard, Haynal-Reymon y Heller (2000) sugirieron que la comunicación no verbal podría estar facilitando información importante sobre el estado de ánimo afectivo y el riesgo de suicidio. En su estudio, los pacientes reincidentes (tentativas de suicidio) mostraron más actividad en la boca y orientación de la mirada hacia abajo. Sin embargo, los médicos únicamente clasificaron correctamente al 22,7 % de los pacientes que presentaban riesgo de suicidio.

- Las denuncias de los pacientes no se asocian únicamente con negligencias y errores médicos, sino también con la calidad de la comunicación entre el profesional y el paciente. Algunos comportamientos comunicativos no verbales se han asociado con denuncias por mala praxis. Ambady, Laplante *et al.* (2002) encontraron que el tono de voz de los cirujanos en visitas rutinarias se asociaba con el historial de denuncias. Un tono de voz dominante (profundo, fuerte, moderadamente rápido, sin acentuación y claramente articulado) y que muestra menos preocupación identificaba a los cirujanos con previas denuncias comparados con los que no tenían. No solo es importante *lo que* se dice, sino también el *cómo* se dice. Levinson *et al.* (1997) detectaron que los médicos de atención primaria que no eran demandados sonreían en la entrevista médica con más frecuencia que los demandados.
- Los resultados del estudio de Haskard *et al.* (2008) mostraron que un tono de voz entusiasta por parte del médico se relacionaba positivamente con la adherencia al tratamiento del paciente. También observaron que las expresiones de afecto de los médicos hacia los pacientes se podían predecir en función del estado de salud físico y mental del paciente. Las voces de los médicos eran más hostiles con pacientes con peor salud física, más limitaciones y mayor daño.
- La comunicación no verbal puede ayudar en la mejora del funcionamiento de los pacientes (Ambady; Koo *et al.*, 2002). Una comunicación efectiva entre el médico y el paciente es especialmente importante cuando el paciente es mayor, debido a factores físicos, cognitivos y psicológicos propios de la edad. Los signos físicos, que incluyen pérdida de audición y de visión y daños cognitivos, pueden actuar como barrera comunicativa. Los pacientes de edad avanzada presentan, a menudo, más complicaciones médicas que requieren múltiples prescripciones, por lo que necesitan una explicación más extensa. En este caso, la comunicación es crucial para evitar que recuerden mal o escasamente la información. El comportamiento no verbal de los fisioterapeutas (combinación de sonrisa, asentir con la cabeza y fruncir el ceño) se relaciona con mejoras en las actividades del día a día de pacientes de avanzada edad y con una disminución en la confusión (Ambady; Koo *et al.*, 2002).

El desarrollo del conocimiento sobre la comunicación no verbal ha generado aplicaciones prácticas en programas de formación de profesionales en el ámbito clínico. Tal es el caso de la *Guía para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra los médicos*,

editada por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (2004), en la que se hace referencia explícita a aspectos de comunicación no verbal. Por ejemplo, la falta de habilidades de comunicación con los pacientes, así como el desconocimiento de la gestión de la comunicación emocional y la dificultad para evidenciar que se escucha al paciente, son características de los médicos que pueden generar agresividad en el paciente. Señalar con el dedo, cerrar los puños, coger objetos, mantener una mirada directa y fija o un contacto ocular prolongado y presentar contracción labial que permite ver los dientes son algunos de los indicadores de riesgo de conducta violenta por parte de un paciente o sus acompañantes. Entre las estrategias no verbales que se recomiendan para relacionarse con el ciudadano agresivo se encuentran: evitar un tono brusco o cortante, evitar el contacto físico y la proximidad excesiva y evitar el contacto ocular prolongado.

Capítulo II

Componentes de la comunicación no verbal

La literatura sobre comunicación no verbal muestra múltiples propuestas de clasificación sobre los componentes básicos que la conforman. Argyle (1988) planteó categorizar los diferentes elementos en función de la forma que adopta la comunicación no verbal. Destacó los siguientes componentes: expresión facial, vocalizaciones, mirada, comportamiento espacial/orientación, gestos y otros movimientos del cuerpo, postura, contacto corporal y aspecto físico. García-Marcos (1990) clasificó las respuestas no verbales según su nivel de expresión: 1) motor (postura, gestos, expresiones faciales, contacto ocular, movimientos repetitivos, etc.), 2) paralingüístico (tono de voz, rapidez del habla, respiración, etc.), y 3) relaciones espaciales (distancia-proximidad, localización, etc.). Knapp (1992) propuso el movimiento del cuerpo o comportamiento cinético, las características físicas, la conducta táctil, el paralenguaje, la proxémica (uso del espacio ambiental y personal), los artefactos y los factores del entorno. Cormier y Cormier (1994) destacaron como posibles categorías de conducta no verbal los elementos cinésicos, los paralingüísticos, los proxémicos, el entorno y el tiempo. Hall (1995) señaló como principales canales de comportamiento no verbal los movimientos faciales y expresiones, la mirada, los movimientos de cabeza, los movimientos corporales, la postura, la distancia interpersonal, el ángulo de orientación hacia los demás, el contacto interpersonal y la voz.

La clasificación de componentes de comunicación no verbal que se presenta en esta monografía considera las taxonomías anteriores y es coincidente con el sistema de clasificación de Patterson (2010). Según este autor, habría dos categorías generales de elementos: a) características invariantes (diseño y disposición del espacio, apariencia física) y b) conductas dinámicas (conducta visual, gestos, contacto corporal, postura y movimiento, distancia y orientación, conductas vocales, expresión facial y señales olfativas). Es importante remarcar que aunque los componentes se aíslen para estudiarlos detalladamente, forman parte de un sistema más amplio y complejo. Hay que tener en cuenta cómo los diferentes elementos interaccionan entre sí para constituir un todo. Por ejemplo, el significado de una mirada concreta depende de otros componentes como la expresión facial que la acompañe o la distancia entre las personas que interactúan. Además, la interpretación de la comunicación verbal también depende del contexto. Diferentes personas pueden mostrar un patrón de comportamiento no verbal similar, sin embargo, la situación en la que se encuentre cada una de ellas permitirá atribuir significado al mismo.

1. Características fijas

1.1. Diseño y disposición del espacio

Toda interacción cara a cara se produce en un contexto particular. Las características físicas del contexto (ventilación, olor, iluminación, temperatura, acústica, tamaño, orden, limpieza, estado de conservación, etc.), la disposición del mobiliario y el diseño arquitectónico influyen en nuestro comportamiento (Knapp; Hall, 2010). Por ejemplo, en un entorno académico, la conducta de un estudiante puede variar en función de si se sienta en la primera fila o en la última y, en general, la participación de los alumnos es mayor en grupos pequeños que en grupos grandes. No obstante, una clase práctica de un grupo de doce alumnos realizada en un aula grande con mesas y sillas fijas no permite la misma interacción que un aula más pequeña con mobiliario móvil.

Según Knapp y Hall (2010), independientemente del lugar en el que nos encontremos (metro, casa, restaurante, oficina, etc.), podemos categorizar nuestras percepciones sobre el espacio según seis dimensiones: 1) formalidad, 2) afecto, 3) privacidad, 4) familiaridad, 5) restricción y 6) distancia.

En el mundo empresarial occidental, el cargo y el poder dentro de una organización determinan, generalmente, el tamaño y la ubicación del espacio de trabajo (Patterson, 2010). Los directivos acostumbran a disponer de un despacho más grande, con amplios ventanales y vistas panorámicas. En cambio, los trabajadores de los niveles bajos de la jerarquía organizacional disponen de una mesa en un espacio pequeño o están ubicados en un área de trabajo compartida. Igualmente, el tipo de mobiliario y la distribución del mismo en el espacio también pueden funcionar como indicadores de poder y estatus (por ejemplo, modelos de sillas de los diferentes empleados o el tamaño de las mesas). Los elementos decorativos de un despacho o de una consulta médica (por ejemplo, fotografías, diplomas, premios, cuadros), facilitan información sobre la experiencia, actitudes e intereses personales. Algunos restaurantes acostumbran a decorar sus paredes con fotos de personajes conocidos que han visitado el lugar como signo de distinción y reclamo para clientes.

Cuando el médico realiza una visita domiciliaria, obtiene una importante fuente de datos sobre el paciente que le ayudan a completar y contrastar información. Diferentes elementos del ambiente le permiten detectar si la persona enferma se encuentra bien atendida, si dispone de un espacio personal, si existen barreras arquitectónicas o si las condiciones de habitabilidad de la vivienda son óptimas. En la consulta médica, la disposición del mobiliario (sillas, ordenador) puede facilitar o inhibir la comunicación médico-paciente. La evolución de la arquitectura hospitalaria da cuenta de cómo el espacio es relevante y ha necesitado ir transformándose para adaptarse a los cambios sociales y los avances científicos acontecidos en las últimas décadas con el objetivo de prestar una atención sociosanitaria adecuada.

La relevancia del medio se vuelve especialmente importante en algunas situaciones clínicas, como es el caso del diseño de los espacios habilitados para comunicar malas noticias. Por ejemplo, en el diario digital *regio7.cat*, se puede leer una noticia, publicada el 5 de octubre de 2010, que informa de la creación de un espacio íntimo y apartado del ruido en un centro hospitalario, pensado para atender con suficiente tranquilidad a los familiares de los pacientes ingresados en el caso de tener que mantener una conversación delicada. El espacio lo ocupaban cuatro sofás de color blanco. Otras iniciativas, como el proyecto Hospitales del

colores de la Compañía Disney, también ilustran la notabilidad de este componente no verbal en el ámbito clínico. El proyecto consiste en ambientar las áreas de pediatría de los centros hospitalarios con los personajes de Disney, con el objeto de hacer la estancia más agradable a los niños y a sus familias y mejorar su recuperación.

1.2. Apariencia física

Entre las acepciones que aparecen en el diccionario de la lengua española de la Real Academia Española (RAE) sobre el término *apariencia* encontramos: 1) aspecto o parecer exterior de alguien o algo; 2) verosimilitud, probabilidad; 3) cosa que parece y no es. De dichos significados se desprenden dos ideas fundamentales. Por un lado, la apariencia puede referirse tanto a personas (por ejemplo, paciente, profesional sanitario) como a lugares físicos (por ejemplo, sala de espera, consulta). Por otro, la apariencia tiene carácter de suposición, no de certidumbre. De ahí el verbo aparentar, es decir, manifestar o dar a entender lo que no es o no hay; o tener el aspecto correspondiente a la edad expresada.

Entre las características que describen la apariencia de una persona se encuentran el sexo, la raza, la edad, la constitución física (por ejemplo, estatura, musculatura), el rostro (por ejemplo, barba, bigote), el cabello y el peinado, la vestimenta (por ejemplo, tipo, estado, color, temporada), el aseo o higiene, el estado nutricional, la piel, las anormalidades físicas, la ornamentación y el uso de cosméticos. Los rasgos faciales (ojos, nariz, boca y mejillas) generan inmediatamente juicios de belleza, de elegancia, de simpatía, de sensibilidad, de seriedad y de atracción sexual, entre otros. El lado negativo de la tendencia a emitir juicios en función del aspecto físico se detecta en el racismo o en el rechazo hacia personas que presentan algún tipo de malformación física. El comportamiento de los niños pequeños, aún carente de determinadas normas sociales y culturales, ante compañeros o personas adultas que presentan problemas físicos da cuenta de este hecho (por ejemplo, no querer dar la mano o sentarse al lado de alguien con una anomalía anatómica).

Algunos aspectos de la apariencia se pueden controlar voluntariamente, otros únicamente en parte o no son modificables. En nuestro lenguaje existen expresiones del tipo *guardar las apariencias* que, en parte, hacen referencia a la capacidad manipulativa que caracteriza a la apariencia. Por ejemplo, la vestimenta (tipo, color) puede servir para distinguir a colectivos laborales (bomberos, médicos, socorristas, jueces) y a miembros de determinados grupos (uso de insignias). Es el caso de la indumentaria que utilizan los profesionales de salud, que les permite ser identificados con facilidad. Para una persona de edad avanzada que acude a un centro de atención primaria, poder reconocer al médico por su bata blanca puede servir como elemento de orientación. En cambio, para determinadas personas, distinguir a un profesional de la salud vestido de verde (por ejemplo, cirujano) puede generar de manera automática un estado de nerviosismo.

La relativa flexibilidad de la apariencia, su poder comunicativo y su potencial de influencia en el comportamiento la han convertido en un componente no verbal especialmente valorado en ámbitos como la política, la publicidad o la selección de personal. La apariencia influye

decisivamente en las primeras impresiones que nos formamos de los demás, que a su vez determinan nuestras actitudes. En función del aspecto físico, hacemos predicciones sobre la conducta, los gustos e intereses, la ocupación, el nivel socioeconómico o la competencia de los demás. Nos formamos una opinión de entrada, positiva o negativa, y generalizamos unas cualidades que unas veces se corresponden con la realidad y otras son añadidas sin ningún tipo de criterio razonable. Esta tendencia se observa cuando nos muestran una foto de una persona desconocida y acto seguido elucubramos sobre sus características de personalidad sin disponer de otros datos.

Los primeros intentos de describir los diferentes tipos de personalidad, como la propuesta del psicólogo William Sheldon, consistían en clasificar a las personas según su tipo corporal (Myers, 2007). A las personas con un tipo corporal *ectomorfo* (delgado), se las describía como perspicaces y solitarias; a las personas con un tipo *mesomorfo* (muscular), como audaces y físicamente activas; y a las personas con tipo *endomorfo* (gordo), relajadas y joviales. Hoy en día, la investigación muestra que la relación entre la estructura corporal de una persona y su personalidad es modesta.

En la etapa de la adolescencia, el valor de la apariencia se aprecia especialmente. Los jóvenes se muestran preocupados porque su aspecto se adecúe lo mejor posible a la imagen que quieren dar, y por ello manipulan deliberadamente aquellas características que lo permiten (por ejemplo, uso de maquillaje en la cara, tatuajes en la piel, ropa de determinadas marcas, modelos de gafas de sol, corte de pelo). Las tribus urbanas son una clara muestra de comunicación no verbal a través de la apariencia (por ejemplo, estética *skin*, *boixos nois*) que provoca reacciones en los demás. El gusto musical de una persona también se puede apreciar a través del aspecto físico (por ejemplo, heavy, rock, mod). Esta característica maleable de la apariencia permite que en función del contexto (por ejemplo, entrevista laboral, partido de fútbol) la persona decida presentarse con una estética determinada o disimularla.

La apariencia es un componente no verbal que se pone en marcha antes de la interacción social propiamente dicha, es decir, antes de la consulta médica, ya que exige una preparación previa; requiere tiempo, esfuerzo y atención para las personas que posteriormente interaccionarán. En algunos pacientes, se puede apreciar que la vestimenta con la que acuden al centro médico está reservada para este tipo de acontecimientos. La apariencia se crea y se mantiene en relación a estándares culturales de atracción, de ahí la existencia de una amplia gama de productos (por ejemplo, ropas, accesorios, productos cosméticos y de aseo) y servicios (por ejemplo, centros dietéticos, gimnasios, entrenadores físicos personales, centros de estética) a disposición de las personas para manipularla. Estos patrones sobre la apariencia se aprenden a través de la socialización y se revisan cuando nos comparamos con otros miembros de nuestro grupo social (Richins, 1991). Cada cultura tiene unas normas, en algunos casos implícitas, sobre la vestimenta adecuada para determinados acontecimientos sociales (por ejemplo, funeral, boda).

La primera impresión tiene un significado valioso en la entrevista médica, determina en gran parte la disposición con la que el paciente iniciará el encuentro. En alguna ocasión, posiblemente hayamos escuchado a un paciente haciendo alusión a la competencia del médico

basándose en su edad (por ejemplo, «este no tiene mucha idea, es muy jovencito»). Pero también la apariencia del paciente influye en el comportamiento del médico. Los profesionales de la salud se forman estereotipos en función de la raza, la clase social, el sexo y otras características del paciente, que influyen en la interpretación de los comportamientos y síntomas y en las decisiones clínicas; la aplicación de estos estereotipos de produce generalmente fuera de la conciencia (Burgess; van Ryn; Dovidio *et al.*, 2007). Hooper *et al.* (1982) observaron que los médicos mostraban mayor atención no verbal y cortesía con pacientes que iban mejor vestidos. Para el médico es importante reconocer que están sujetos a procesos automáticos, estereotipos y prejuicios, pero que pueden inhibirse cuando se presta atención a las características individuales del paciente (individuación), en lugar de percibirlo como miembro de un grupo o colectivo (categorización).

La apariencia física también permite detectar patologías o indicadores de la presencia de problemas de salud (por ejemplo, marcas de punción intravenosa en un toxicómano, olor a alcohol), evaluar el curso del problema de salud (por ejemplo, mejora o empeoramiento del estado de ánimo), e iniciar y establecer un buen *rapport* con el paciente. La exploración física y la exploración psicopatológica se relacionan con la evaluación de la apariencia. Estados emocionales de tristeza o depresión acostumbran a relacionarse con una pérdida de interés por el aspecto físico. La apariencia puede utilizarse para romper el hielo en los primeros minutos del encuentro médico, como es el caso de un paciente que acude a una visita médica y lleva una camiseta de un jugador de fútbol.

2. Conductas dinámicas

2.1. Conducta visual

La conducta visual se refiere tanto a mirar dentro como fuera de la región de los ojos de una persona en un contexto social (Fehr; Exline, 1987). Entre las acepciones que aparecen en el diccionario de la RAE para la *mirada* encontramos: a) 'acción y efecto de mirar' y b) 'modo de mirar, expresión de los ojos'. La *mirada mutua* se produce cuando dos personas que interactúan se miran la una a la otra de manera simultánea. La mirada es una parte tan relevante en el proceso de interacción social que es habitual que se trate como una entidad aislada de la expresión facial. Numerosas expresiones del lenguaje popular hacen referencia a la mirada como elemento comunicador y como factor de influencia en el comportamiento del receptor: «tiene una mirada dura», «te come con la mirada», «hay miradas que matan», «sus ojos hablan», etc. Las técnicas estéticas también tienen en cuenta el valor de los ojos en la comunicación (por ejemplo, *eye-liner*, lentillas de colores sin efecto corrector de deficiencias visuales).

La interacción visual entre los niños pequeños y sus cuidadores tiene un importante rol en la ontogénesis del comportamiento social (Fehr; Exline, 1987). Desde los primeros meses de vida, los niños muestran fascinación por los ojos y son capaces de discriminar entre miradas

directas o desviadas.

La mirada desempeña diversas funciones (Kendon, 1967; Knapp, Hall, 2010):

- Regular el flujo de la conversación. La mirada permite abrir y cerrar canales de comunicación, pedir respuestas a la otra persona y proporcionar señales sobre los turnos de palabra. Cuando se pretende establecer una comunicación con otra persona, establecemos contacto visual. Por ejemplo, si nos encontramos en un restaurante y estamos esperando a ser atendidos, es habitual buscar con la mirada al camarero y establecer contacto visual para llamar su atención. Sin embargo, si lo que se pretende es no establecer comunicación, evitamos el contacto visual. Cuando un profesor hace una pregunta en clase, los alumnos que no quieren participar tienden a evitar la mirada mutua. Cuando nos encontramos en un lugar público, típicamente reconocemos a los demás a través de una rápida mirada. Esta mirada inicial irá seguida de una evitación del contacto ocular a no ser que se desee más contacto o que la otra persona señale la intención de querer mayor contacto devolviendo la mirada o sonriendo. Si la duración de la mirada excede, se puede percibir con la violación de una norma social y producir sentimientos negativos. Cuando estamos en el metro, en el ascensor o en una sala de espera de una visita médica es habitual que vayamos cambiando la dirección de la mirada y evitemos mirar fijamente a una persona desconocida. Compensamos la distancia interpersonal con la desviación de la mirada a otros puntos.
- Monitorizadora. La mirada facilita la obtención de *feedback*, es decir, detectar si somos o no aceptados, averiguar si la otra persona quiere que continuemos hablando o percibir si se entiende el mensaje que estamos transmitiendo. Para poder observar las reacciones de los demás, hay que mirar. Si la otra persona nos está mirando mientras hablamos, generalmente se interpreta como señal de atención a lo que se está diciendo. También se tiende a interpretar como muestra de interés sobre lo que se comenta. De ahí que la persona que habla tienda a parar el discurso cuando detecta ausencia de contacto visual en el otro.

Una monitorización efectiva a través de la mirada puede tener importantes consecuencias prácticas a nivel clínico. Los médicos que miran directamente a sus pacientes son más precisos en reconocer el grado de malestar psicosocial de sus pacientes (Bensing *et al.*, 1995). El control de las reacciones del paciente y su acompañante es crucial para planificar respuestas y mantener la armonía del encuentro.

- Cognitiva. La mirada tiende a evitarse cuando se procesan ideas difíciles o complejas, o cuando se está pensando qué decir. Se puede incluso llegar a cerrar los ojos mientras se habla, en un intento de excluir la estimulación externa y facilitar la concentración. Posiblemente alguna vez alguien nos ha hecho el siguiente comentario: «no estás de acuerdo, ¿no?» o «no me estás escuchando». Sin embargo, lo que nos pasaba es que estábamos procesando y pensando sobre la información que nos estaba facilitando y hemos perdido el contacto visual en algún momento.

La naturaleza de la actividad cognitiva puede influir en el movimiento del ojo hacia la izquierda o hacia la derecha. El hemisferio izquierdo, al relacionarse con tareas intelectuales o lingüísticas, se asocia con miradas hacia la derecha. La actividad del

hemisferio derecho, a menudo implicado en procesamientos espaciales o emocionales, se asocia con miradas hacia la izquierda (Wilbur; Roberts-Wilbur, 1985).

- Expresar emociones. El tipo de emoción y el nivel de activación emocional pueden revelarse a través de la mirada.
- Comunicar la naturaleza de la relación interpersonal. La mirada puede indicar la naturaleza de la relación entre dos interlocutores. Las personas de mayor estatus o dominancia tienden a mirar más cuando hablan y menos cuando escuchan. El aumento del contacto ocular es habitual en el contexto de una relación de cortejo o de seducción.

Dirección de la mirada

La orientación de la mirada de los demás proporciona información básica sobre predisposiciones subyacentes, estados transitorios y probables acciones futuras (Fehr; Exline, 1987). A pesar de nuestra visión periférica, necesitamos dirigir los ojos al objeto o persona de atención visual para obtener información. Observar dónde dirige la mirada una persona puede indicarnos cuál es su orientación, su interés del momento. Es posible que alguna vez nos hayamos dado cuenta de que cuando estábamos hablando con otra persona y en un determinado momento ha desviado la mirada a algún punto, de manera automática, hemos dirigido nuestra mirada al mismo lugar. Las personas tienen tendencia a dirigir la mirada a objetos y personas interesantes o destacados.

¿Qué se considera un patrón normal de mirada? Depende de muchos factores, como las características de personalidad de los participantes, el tema de conversación, los patrones de mirada de la otra persona, los objetos de interés mutuo en el ambiente, la cultura, el contexto, etc. Las parejas que se atraen y se muestran mayor afecto pasan más tiempo mirando a los ojos de su pareja que las que se atraen menos (Rubin, 1970). La fluidez del que habla afecta a los patrones de mirada. Por ejemplo, en un discurso fluido, los que hablan tienden a mirar más a los que escuchan que en comparación con un discurso vacilante (Knapp; Hall, 2010). En general, las personas miran más a la zona de la cara cuando escuchan en comparación a cuando hablan.

Ser el centro de atención de las miradas puede ser excitante o inquietante, depende de las circunstancias, la duración de la mirada, la expresión facial que la acompaña y las personas involucradas (Patterson, 2010). Si el contacto visual es prolongado, se puede percibir como una falta de respeto, como manifestación de superioridad o de amenaza, y puede provocar reacciones de enfrentamiento o de fuga. En el lado opuesto, ser ignorado visualmente también puede provocar malestar, especialmente cuando se percibe que es un comportamiento deliberado. Una mirada de más de 10 segundos produce probablemente irritación, o al menos incomodidad, en muchas situaciones. La mirada fija es una táctica utilizada por las personas para recriminar comportamientos no adecuados, como es el caso de un progenitor a un hijo.

La falta de contacto ocular o el comportamiento de eludir la mirada pueden ser signos de retraimiento, timidez, incomodidad o sumisión. Las miradas directas tienden a relacionarse con estados emocionales de alegría y de ira, y las miradas desviadas, con estados de miedo y tristeza. La reciprocidad también se ha observado en la conducta visual. Una mirada puede

provocar mirada. Patterson, Webb y Schwartz (2002) observaron los patrones de evitación y reconocimiento en peatones cuando se cruzaban con un investigador. Aquellos a los que el investigador miraba y sonreía, miraban y tendían más a sonreír, asentir con la cabeza y saludar que los que no.

Frecuencia de la mirada

Cuanto mayor es el número de miradas compartidas entre dos personas, mayor nivel de vinculación emocional y de comodidad mutua. La frecuencia con que se mira a una persona es un indicador de interés o de sinceridad. En general, las personas miran más cuando discuten temas fáciles o impersonales, están interesadas por las reacciones de la otra persona y están interpersonalmente implicadas, se sienten atraídas o quieren a la otra persona, provienen de una cultura que enfatiza el contacto visual en la interacción, son extravertidas y poco tímidas, presentan altas necesidades de afiliación o inclusión en un grupo, son dependientes de la otra persona, escuchan más que cuando hablan, son mujeres, no presentan un trastorno mental como depresión, autismo o esquizofrenia y cuando no se sienten avergonzadas, tristes o no están tratando de ocultar algo (Knapp; Hall, 2010).

Dilatación de la pupila

La pupila no únicamente se ve afectada por la luz, sino también por cambios emocionales. La dilatación de la pupila es una respuesta autonómica que se puede utilizar como indicativa de activación, estimulación sensorial, procesos cognitivos, actividad muscular, actitudes y preferencias (Hess, Polt, 1960; Hess, Polt, 1964; Hess, Petrovich, 1987). Cuando nos encontramos ante un estímulo que nos provoca miedo o temor, nuestro cuerpo reacciona activándose, de manera que estamos a punto para cualquier reacción de lucha o huida con el fin de protegernos. La dilatación de la pupila es una de las respuestas fisiológicas involuntarias propia de este estado emocional, permite mayor campo visual que la constricción.

Los hombres heterosexuales tienden a mostrar mayor dilatación de la pupila ante fotografías de mujeres que ante fotografías de hombres o bebés, mientras que las mujeres tienden a mostrar mayor dilatación de la pupila ante fotografías de hombres y bebés que ante fotografías de mujeres (Hess; Polt, 1960).

La investigación sobre el tamaño de la pupila es compleja, ya que existen muchas fuentes de variación (Hess; Petrovich, 1987): condiciones de luminosidad, edad, habituación, fatiga, drogas, preferencia sexual, tamaño de la pupila, ansiedad, color del iris, etc. Por ejemplo, el consumo de cocaína produce dilatación de la pupila, contrariamente al consumo de heroína, que produce constricción de las pupilas (*pupilas puntiformes*). La edad influye en el diámetro de la pupila, disminuye a medida que esta aumenta.

Algunos investigadores han manipulado el tamaño de las pupilas en fotografías de caras de personas y han encontrado que tamaños mayores se relacionan con mejores valoraciones (Harrison, Wilson, Critchley, 2007; Hess, 1965; Weibel, Stricker, Wissmath *et al.*, 2010). Las mujeres italianas, en la época medieval, utilizaban como cosmético hojas de la planta

belladonna para dilatar las pupilas y dar a los ojos un aspecto brillante y reluciente. Ya entonces, las pupilas dilatadas se concebían como un signo de belleza femenina.

Parpadeo

El parpadeo varía con el estado de alerta. Cuando el parpadeo es frecuente se asocia con estados de excitación, de enfado; y si disminuye se asocia con estar prestando atención a algún objeto del entorno o estar concentrado. Algunos pacientes parpadean hasta 100 veces por minuto, siendo el parpadeo normal en adultos entre 6 y 10 veces por minuto (Knapp; Hall, 2010). Factores externos al estado emocional de la persona pueden también explicar los rápidos movimientos de parpadeo, como es el caso de tener algún problema con las lentes de contacto.

2.2. Gestos y otros movimientos corporales

En una interacción interpersonal, el cuerpo se mueve de manera frecuente. Los *gestos* son movimientos conscientes o inconscientes realizados mayoritariamente con la cabeza, la cara o las extremidades, dependientes o independientes del lenguaje verbal, que se pueden alternar con él o actuar simultáneamente, y que constituyen una forma principal de comunicación (Fornés, Puig, 2008). Las partes más bajas de nuestro cuerpo escapan más fácilmente de nuestro control deliberado (Caballo, 2007). Por ello, cuando estamos hablando con alguien sentados alrededor de una mesa, es posible que tengamos más presente el contacto visual y la expresión facial, pero que estemos moviendo las piernas sin darnos cuenta.

Gran parte de nuestra capacidad comunicativa reside en la gestualidad, principalmente en la de la cara, que es el lugar de referencia en una conversación. Las manos son una de las partes más expresivas del cuerpo, pueden tranquilizar, acusar, etc. Los movimientos de la cabeza pueden servir como fuente de información para interpretar el estado emocional de una persona. En nuestra cultura, la cabeza erguida dirigida hacia el receptor de manera relajada se interpreta como receptividad; mover la cabeza de arriba abajo indica confirmación y asentimiento; mover la cabeza de izquierda a derecha, desacuerdo o rechazo; aguantarla con rigidez puede indicar ansiedad o enfado, y bajarla hacia el pecho desacuerdo o tristeza.

Los gestos tienen varias funciones, pueden reemplazar el habla, regular el flujo y el ritmo de la interacción, mantener la atención, añadir énfasis o aclarar el discurso, ayudar a caracterizar y hacer memorable el contenido del discurso, actuar como anticipadores del discurso que vendrá y ayudar a los que hablan a acceder y formular el discurso (Knapp; Hall, 2010).

Ekman y Friesen (1969) han propuesto la siguiente clasificación de gestos:

- Gestos emblemáticos o emblemas. Actos no verbales, generalmente movimientos de las manos, que tienen un significado determinado conocido por la mayoría de los miembros de un grupo, comunidad o cultura. En general, tienen el significado de una frase corta. Su significado es específico y claro. Algunos ejemplos serían: inclinar la cabeza o levantar el pulgar en señal de acuerdo, agitar el puño para expresar ira, aplaudir para mostrar acuerdo,

bostezar para mostrar aburrimiento, signo de victoria (V) con los dedos, etc. Fornés y Puig (2008) describen el origen y significado de diez gestos emblemáticos presentes en la antigüedad romana que siguen vigentes en la actualidad: gestos de burla («bla bla», orejas de asno, sacar la lengua), gestos de insulto (levantar el dedo corazón), gestos de conjura (cuernos, cruzar las piernas), gestos de respuesta de admiración o loa (el beso a distancia) y gestos para dar órdenes o hacer demandas (chasquear los dedos, pedir silencio, tirar de la oreja). En cada contexto concreto, el emblema adquiere el significado particular deseado.

- Gestos ilustrativos o ilustradores. Actos no verbales que están unidos directamente al discurso hablado, sirven para ilustrar/clarificar lo que se dice verbalmente; son gestos conversacionales (estrechamente vinculados a la producción del habla). Se utilizan más en situaciones de excitación o entusiasmo y, sobre todo, cuando la expresión de la idea de manera verbal es especialmente difícil. Pueden ayudar a formular un discurso por su función de ayuda en la recuperación de palabras de la memoria léxica (Krauss, 1998). A diferencia de los emblemas, no tienen un significado directamente traducible. Algunos ejemplos serían: movimientos de manos que acompañan espontáneamente al habla o asentir con la cabeza para remarcar una afirmación. Se distinguen ocho tipos: a) movimientos que acentúan o enfatizan una palabra o frase en particular; b) movimientos que trazan un camino o la dirección del pensamiento; c) movimientos que señalan un objeto; d) movimientos que dibujan una relación espacial; e) movimientos que muestran una acción corporal; f) movimientos que dibujan una imagen; g) movimientos que sustituyen, repiten o contradicen una palabra o frase; y h) movimientos de muestra de afecto facial. Se aprenden socialmente, en un principio a través de la imitación.
- Gestos reguladores de la interacción. Actos no verbales que mantienen y regulan el ritmo de la conversación, las intervenciones del que habla y del que escucha. A la persona que habla le informan si debe continuar, repetir, explicar con más detalles, darse prisa, ser más interesante, dejar hablar al otro, etc. A la persona que escucha le indican si debe poner atención especial, esperar un poco más para hablar o comenzar a hablar. Entre los más comunes está asentir con la cabeza y señas con la mano o el dedo indicando que se quiere intervenir.
- Gestos de adaptación o adaptadores. Actos no verbales que se producen cuando la reacción emocional es incompatible con la situación particular, de manera que no se quiere expresar el estado emocional real directamente con la intensidad con la que se siente. Son los movimientos más inconscientes de todos los descritos. Se trata de una adaptación conductual que aparece ante la situación incómoda para poderla controlar emocionalmente (tocarse el pelo, rascarse la nuca o la cara, dar ligeros golpes con un bolígrafo en la mesa, etc.). Hay dos dimensiones: 1) dirección de la conducta (hacia uno mismo, hacia otra persona, hacia un objeto) y 2) tipo de conducta (frotar, rascar). Diversos estudios muestran que aumentan cuando crece la incomodidad psicológica y la angustia de la persona. Por ejemplo, una persona que presenta ansiedad o enfado puede mover mucho las manos y tocar algún objeto que esté a su lado. Pero si el nivel de angustia es demasiado alto, puede quedar paralizada y no hacer ningún movimiento. Una manera fácil de detectar los gestos de adaptación de uno

mismo es cuando nos encontramos en una conversación y queremos que esta se acabe porque tenemos prisa (por ejemplo, mirar el reloj continuamente, mover la pierna, etc.).

La frecuencia de los gestos depende de varios factores. Es más probable que hagamos más gestos cuando estamos en comunicaciones cara a cara; cuando el que habla espera que el receptor vea su mensaje, se muestra entusiasmado e involucrado en el tema del cual habla, está preocupado por la comprensión del mensaje o trata de dominar la conversación; y cuando se responde a cuestiones relacionadas con actividades manuales (Knapp; Hall, 2010). Las personas que gesticulan poco dan una impresión de inexpresividad, falta de atractivo y rigidez, al contrario de los que gesticulan a menudo y de manera espontánea, que se perciben como más atractivos y transmiten seguridad y confianza en ellos mismos (Patterson, 2010).

Los pacientes que presentan depresión acostumbran a realizar movimientos lentos, escasos y vacilantes, ya que no suelen hacer gestos con el objetivo de enfatizar. Los pacientes eufóricos realizan movimientos rápidos, expansivos, rítmicos y enfáticos. Los pacientes que presentan ansiedad hacen gestos como tocarse el pelo, taparse la cara, retorcer las manos, abrir y cerrar los puños, rascarse la cara y moverse nerviosamente sin objetivo (Wolf, 1976).

2.3. Contacto corporal

El contacto corporal es la forma más primitiva de comunicación; el tacto es el primer sentido que se desarrolla y es el medio fundamental de contacto con el mundo exterior (Gallace; Spence, 2010). El contacto corporal se entiende como la acción y efecto de tocarse dos o más cosas, de tener uno o más puntos comunes. Es muy relevante en algunas de las formas básicas de contacto social, como la conducta sexual, la alimentación y la lucha.

Acariciar, palpar, cosquillear, imponer las palmas de las manos, arrullar y abrazar forman parte del repertorio de señales básicas universales (Eibl-Eibesfeldt, 1970). Derivan del repertorio de señales entre la madre y el hijo, ya que durante las primeras etapas de la vida del ser humano es la principal vía de comunicación y un canal importante para la relación interpersonal, siendo especialmente utilizado para transmitir mensajes de carácter afectivo y emocional (entusiasmo, ternura, apoyo afectivo).

Tiene un efecto tranquilizador, genera sentimientos amistosos y proporciona seguridad y bienestar. Un niño pequeño, cuando se asusta porque se ha dado un golpe, al mismo tiempo que llora abraza asustado a su madre. Un fuerte apretón de manos, una palmada en la espalda, una caricia sensual, un empujón de llamada de atención, un beso tierno o un toque suave en los hombros pueden transmitir una vitalidad e inmediatez a veces más potente que el lenguaje (Gallace; Spence, 2010). Cuando a un niño pequeño se le impide mantener contacto físico con otros miembros de su especie, sufre graves daños psicológicos, e incluso físicos, pudiendo llegar a morir. El contacto físico es necesario para un crecimiento fisiológico normal en recién nacidos. Los bebés se van conociendo a sí mismos y el mundo que les rodea a través de exploraciones táctiles que realizan con sus bocas y manos, cruciales para el posterior ajuste mental y emocional (Knapp; Hall, 2010).

El sentido del tacto proporciona un medio muy poderoso de producir y modular la emoción humana; en nuestra piel existen zonas erógenas que comunican afecto positivo directamente y hay terminaciones nerviosas que responden al daño y comunican afecto negativo (Gallace; Spence, 2010). El contacto interpersonal es la más emocional de las experiencias táctiles. La utilización del contacto para comunicar mensajes emocionales y relacionales a personas de edad avanzada puede ser crucial, particularmente cuando se desvanece la dependencia de mensajes verbales y cognitivos (Knapp; Hall, 2010). El propio estado de salud de muchas personas mayores requiere más contacto.

Se trata de la forma más íntima de comunicación y desempeña un rol importante en las relaciones románticas y sexuales de la edad adulta. A lo largo del desarrollo, esta vía de comunicación tiende a ser sustituida por otras por las connotaciones sexuales. Sin embargo, se mantienen diversas formas de contacto manual en rituales de función vinculadora, casi siempre bajo formas de carácter cultural, como es el caso de los saludos y despedidas o felicitaciones (Eibl-Eibesfeldt, 1970).

El contacto corporal también puede expresar rango, cordialidad y confianza (Eibl-Eibesfeldt, 1970). Suele indicar proximidad y solidaridad cuando se emplea recíprocamente. Pero puede expresar una situación de mayor poder cuando se usa en una sola dirección. La persona de estatus más elevado en una relación es más probable que inicie una conducta de contacto físico que la persona subordinada.

El contacto corporal puede provocar en el receptor tanto reacciones emocionales positivas como negativas, en función de diversas variables como el tipo de contacto (la parte del cuerpo tocada, el tiempo de duración del contacto, la fuerza aplicada, el modo de tocar, la frecuencia del toque), las personas implicadas y las circunstancias. El contacto corporal puede tomar formas diversas: palmadas, bofetadas, puñetazos, pellizcos, caricias, sacudidas, besos, lamidos, abrazos, patadas, cosquillas, etc. (Argyle, 1988).

Los diversos niveles de presión y los puntos corporales de contacto pueden proporcionar información sobre el estado emocional de la persona que inicia el contacto y puede provocar reacciones diversas en los receptores. El contacto físico con personas que nos agradan, y siguiendo las pautas socialmente establecidas, suele producir bienestar y predisponer favorablemente hacia quien lo establece. Lo que es apropiado en un contexto determinado y con una persona en particular puede no ser apropiado en otro contexto y con otras personas. Un contacto físico percibido como inadecuado puede resultarnos desagradable y ponernos en contra de quien lo realiza. Incluso puede provocar reacciones agresivas, como dar una bofetada o un golpe. La tolerancia hacia el contacto físico varía mucho de unas personas a otras y también en las diferentes culturas.

El contexto puede tener propiedades facilitadoras o inhibidoras de conducta táctil. Según las opiniones recogidas por Henley (1977), existe mayor probabilidad de contacto cuando la persona:

- Da información o asesoramiento más que cuando lo pide.
- Da una orden más que cuando responde a una.

- Pide un favor más que cuando acepta dar uno.
- Intenta convencer a alguien antes que ser persuadido.
- Participa en una conversación profunda más que casual.
- Interactúa en una fiesta más que en el trabajo.
- Comunica excitación más que cuando la recibe de otra persona.
- Recibe mensajes de preocupación de otra persona más que cuando los emite.

Heslin y Alper (1983) han propuesto una taxonomía para categorizar los diferentes tipos de contacto en función de los mensajes que se comunican y el rango de menos personal a más personal.

- Funcional/profesional. El propósito comunicativo de este contacto impersonal, a menudo frío y metódico, es llevar a cabo alguna tarea o servicio. La otra persona se considera un objeto, no se considera una persona con la que se pueda mantener un mensaje íntimo o sexual que interfiera en la tarea que se tiene entre manos. Ejemplos: un monitor de golf con un estudiante, un sastre con un cliente, un médico con un paciente.
- Social/educado. Su finalidad es la de afirmar la identidad de la otra persona como miembro de la misma especie, operando esencialmente con las mismas normas de conducta como contacto funcional o profesional. Aunque el otro se trata de una persona, hay poca implicación entre los interactuantes. Ejemplos: apretón de manos, ayudar a alguien a ponerse el abrigo.
- Amigable/cálido. Este tipo de contacto empieza por reconocer más la singularidad del otro y expresa afecto por la persona. Este tipo de contacto puede generar inquietud porque se puede interpretar –mal– como un contacto íntimo o sexual. Las situaciones privadas pueden exacerbar este problema, por lo que se llevará a cabo únicamente en público si el que ejerce el contacto anticipa que puede haber malentendidos. Ejemplo: poner los brazos alrededor de los hombros de un amigo en una despedida.
- De amor/íntimo. La otra persona es el objeto de nuestros sentimientos de intimidad o amor. Ejemplo: besarse, cogerse de la mano.
- Activación sexual. Aunque a veces es parte integrante de amor e intimidad, puede también tener características distintivas. Se entiende el contacto como una experiencia de atractivo físico únicamente.

El contacto dirigido hacia nosotros mismos puede reflejar estrés o ansiedad (Patterson, 2010). Las personas que están nerviosas tienden a retorcer las manos, a rascarse, frotarse el cuello, estirarse la ropa, dar toques en la mesa, etc. Pero no todo el contacto que se dirige a uno mismo indica un estado de ánimo negativo. A veces nos rascamos porque tenemos picores o tenemos frío.

La literatura muestra que las sensaciones táctiles tienen efectos poderosos en el comportamiento y emociones de los demás; puede modular la obediencia, puede afectar a las actitudes y puede facilitar la unión entre personas (Gallace; Spence, 2010). Se ha observado

que:

- Las personas tienden a hacer evaluaciones más favorables cuando hay contacto; los vendedores de coches que muestran contacto corporal son mejor valorados (Erceau; Guéguen, 2007).
- La estimulación táctil favorece que los clientes acepten realizar una prueba de degustación y posterior compra (Hornik, 1992), que dejen más propina (Crusco; Wetzel, 1984) y que sean más participativos (Guéguen, 2004). En el estudio de Guéguen, los participantes tenían que realizar un ejercicio estadístico. Mientras lo resolvían, un grupo de estudiantes fue tocado en su hombro por el profesor durante el ejercicio y otros no. Posteriormente el profesor pidió voluntarios para mostrar la solución en la pizarra. Los que habían sido tocados se mostraron más participativos.
- El peso, la textura y la dureza pueden influir en la formación de impresiones sociales y en la toma de decisiones. Ackerman, Nocera y Bargh (2010), en uno de sus estudios, evaluaron las impresiones de 54 transeúntes sobre potenciales candidatos para un trabajo. Los participantes utilizaban un portapapeles pesado o ligero con características resumidas de los candidatos. Los que usaron el portapapeles pesado les puntuaban mejor y consideraban que mostraban más interés por el puesto de trabajo.

En un contexto de entrevista médica, existen diversos momentos en los que puede existir contacto físico: dar la mano en el recibimiento, tocar durante ciertos momentos en la entrevista, al acompañar a la exploración o durante esta y en la despedida. Los efectos del contacto corporal se han situado en el contexto de comportamientos relacionados con el cuidado de la salud. Un simple acto de tocar a un paciente el día antes de una operación quirúrgica puede resultar en una disminución del nivel de estrés del paciente, incluso puede aumentar la adherencia a las recomendaciones del preoperatorio (Whitcher; Fisher, 1979). En personas mayores, cuando el contacto corporal acompaña a la estimulación verbal influye en la alimentación, comen más calorías y proteínas (Eaton; Mitchell-Bonair; Friedmann, 1986).

2.4. Postura

Entre las acepciones del diccionario de la RAE para *postura* encontramos: 1) ‘planta, acción, figura, situación o modo en que está puesta una persona, animal o cosa’, o 2) ‘posición o actitud que alguien adopta respecto de algún asunto’. En el ser humano hay tres posturas principales (Caballo, 2007): estar de pie; estar sentado, agachado o arrodillado; y estar echado o tumbado. Cada una de ellas puede subdividirse en función de cómo se lleva a cabo. Por ejemplo, podemos estar sentados cómodos o tensos.

Los significados y las funciones de las posturas son múltiples. La posición del cuerpo y de sus miembros, la manera cómo se sienta una persona o cómo está derecha refleja su cultura, sus actitudes, su estado emocional, el tipo de relación que tiene con la persona con la que interacciona; o sirve de acompañamiento al habla (Argyle, 1988; M. L. Patterson, 2010). En general, una inclinación hacia delante, con el torso hacia el receptor, se percibe como una

actitud más positiva hacia la otra persona y ayuda a generar en esta una interacción positiva.

Se han descrito como posturas *cerradas* aquellas en las que las piernas, los brazos o las manos sirven de barrera hacia la otra persona (brazos cruzados y piernas juntas). Y como *abiertas* aquellas en las que los brazos y las piernas no separan a los interlocutores. No obstante, estas interpretaciones no están libres de la influencia del contexto; un espacio minúsculo para sentarse puede explicar una postura tensa y cerrada de una persona.

Las diferencias de estatus y de poder entre las personas pueden influir en su postura (Patterson, 2010). Los que gozan de un mayor poder y reconocimiento suelen mostrar una postura más relajada que los de menor poder y estatus. En contextos informales tendemos a estar sentados más que de pie.

La postura varía con el estado emocional. Una persona tensa se sienta o permanece derecha con una postura rígida, a menudo con las manos cerradas, las rodillas juntas o los músculos tensos. Una persona enfadada puede mostrar los puños cerrados, inclinación de la cabeza hacia delante y los brazos extendidos.

Las personas tienden a imitar inconscientemente las posturas corporales de los demás, fenómeno conocido como de las *posturas congruentes* (Davis, 1976).

2.5. Comportamiento espacial

Según Argyle (1988), el comportamiento espacial incluye los siguientes elementos: *proximidad* (distancia entre dos personas), *orientación* (el ángulo desde el cual una persona mira a otra), *comportamiento territorial* (establecimiento, invasión o defensa del espacio personal) y *movimiento dentro de un espacio físico*.

Proximidad

Dentro de cara cultura, existen normas implícitas respecto a la distancia que deben mantener las personas que interaccionan, según el contexto en el que se encuentren y el rol que desempeñan. Si la distancia excede o es menor, puede provocar actitudes negativas, la persona se puede sentir ofendida.

La distancia tiene un efecto directo en otros comportamientos no verbales, ya que los utilizamos para compensar la reducción o el incremento de la distancia. Por ejemplo, si la distancia entre dos personas aumenta, hay mayor probabilidad de que aumente el contacto visual. Sin embargo, si la distancia se hace más próxima, disminuye la mirada mutua y la dirección de la mirada se tiende a desviar de la cara de la otra persona. Cuando vamos andando por la calle, a medida que se acerca una persona el contacto ocular disminuye, desviamos la mirada del cuerpo de la persona. Igualmente, cuando tenemos que hacer cola en un banco u otro lugar, existen rayas en el suelo para delimitar el espacio de la persona que está siendo atendida. Si el cliente que está esperando para ser atendido no lo respeta, nos sentimos invadidos, como si se nos echa encima. Es posible que con nuestra postura y orientación tratemos de mantenerlo distante.

La distancia física entre dos personas que se comunican indica el grado de proximidad

emocional. El estar muy cerca sugiere proximidad afectiva (relación íntima), a menos que se esté en un contexto que de alguna manera lo justifique (por ejemplo, concierto multitudinario).

Hall (2003) estudió el comportamiento espacial humano y distinguió cuatro distancias de interrelación entre las personas en una muestra de individuos norteamericanos de clase media:

- Espacio íntimo (0-45 cm). Distancia de las relaciones íntimas. Permite tener un gran contacto sensorial entre las personas; tocar, oler, sentir el calor del otro, susurrar, etc.
- Espacio personal (45-125 cm). Propio de las relaciones cercanas. Permite tocar a la otra persona y se puede ver mejor que en el espacio íntimo, pero no participan otros sentidos, como es el caso del olfato. Área que rodea inmediatamente al cuerpo (la «burbuja» personal).
- Espacio social (1,25-3,5 m). Distancia de relaciones más impersonales (por ejemplo, compañeros de trabajo). El contacto sensorial es más débil. Esta distancia implica un aumento del volumen de voz.
- Espacio público (más de 3,5 m). Propia de ocasiones públicas y actos formales (por ejemplo, conferencias). Escaso contacto sensorial.

Orientación corporal

Se refiere al grado en que los hombros y las piernas de una persona se dirigen hacia o se desvían de la persona con la que se está comunicando (Caballo, 2007). El ángulo desde el cual se mira a otra persona es un indicador de estatus, de agrado y del nivel de relación. Una orientación más directa se asocia con actitudes más positivas. También puede indicar conflicto, provocación o predecir un comportamiento agresivo. En cambio, orientaciones hacia otro lugar pueden señalar frialdad. En nuestra cultura, la orientación tiende a ser menos directa cuando no se tiene interés por seguir con la conversación, cuando la persona no nos gusta o cuando la percibimos como inferior o poco peligrosa.

En una posición de pie, si dos personas están hablando y no quieren ser interrumpidas, mantendrán una orientación directa que protegerá el espacio y, que de alguna manera, señala que otras personas no pueden inmiscuirse.

Comportamiento territorial

La territorialidad se ha estudiado durante años en el estudio del comportamiento animal, pero también se ha observado en humanos que ayuda a regular las interacciones sociales. Se entiende como el conjunto de conductas por medio de las cuales un organismo reivindica un área, la delimita y la defiende frente a miembros de su propia especie (Moos, 1976).

Altman y Wohlwill (1976) identificaron tres tipos de territorios:

- Primario. Son dominio exclusivo del propietario, centrales para el funcionamiento diario y se protegen cuidadosamente contra intrusos. Ejemplos: zona invisible alrededor del cuerpo, determinadas ropas, monedero, teléfono móvil, etc.
- Secundario. No son tan centrales para la vida diaria del propietario ni se perciben como

exclusivos del mismo. Ejemplos: bar del vecindario, revista, sofá. Suele dar pie a conflictos, ya que el límite entre público y privado no está tan definido. Persona 1: «Es mi sofá». Persona 2: «No es tuyo».

- Público. Disponibles para cualquier persona de manera temporal. Ejemplos: parques, playas, calles, asiento en transporte público, etc.

Un método de defensa del territorio es la *prevención* (Knapp; Hall, 2010). Se define como la forma de replantear el territorio para que otros lo reconozcan y se vayan. Se suele hacer por medio de la propia presencia de uno o dejando objetos que se usan como *marcadores territoriales* (por ejemplo, dejar la mochila en una mesa del bar). También puede marcarse el territorio llevando una indumentaria particular (uniforme laboral) o a través del uso de una determinada jerga o dialecto.

Los estudios muestran que nuestra manera de ocupar el territorio no es accidental, depende de factores como el grado de relación de las personas con las que interactuamos o el espacio disponible. Los líderes y personas de estatus superior tienden a ocupar un lugar específico del territorio. También existen normas de protocolo que determinan dónde debe sentarse cada comensal o cada persona asistente a una reunión.

2.6. Paralenguaje

El *paralenguaje* hace referencia a aspectos no lingüísticos relacionados con el uso de la voz que se producen durante una interacción interpersonal. No es lo mismo qué decimos que cómo lo decimos. El paralenguaje es importante por los *meta-mensajes* que transmite (Haskard *et al.*, 2008). Observemos la diferencia de énfasis vocal de las siguientes frases y su interpretación: «he ganado un viaje a París», «he ganado un viaje a París», «he ganado un viaje a París». Las señales vocales, como el tono de voz, pueden afectar drásticamente a la interpretación de lo que se dice. El tono que se utiliza cuando se le dice a alguien «eres tonto» influye en el impacto emocional del mensaje y la consecuente reacción del receptor. Posiblemente alguna vez nos haya pasado que alguien nos ha explicado un encuentro que ha tenido con otra persona y le preguntamos, «¿pero cómo te lo dijo?» El paralenguaje ayuda a clarificar el tono emocional del mensaje y poder entender mejor la intención del otro.

El paralenguaje, al igual que el resto de componentes no verbales, transmite información acerca de emociones y actitudes e influye en la formación de impresiones (Wilson; Wharton, 2006). El estado emocional del hablante se puede entender incluso sin comprender sus palabras (Haskard *et al.*, 2008); la emoción produce cambios en la respiración, en la fonación y en la articulación. Las personas adultas son eficaces a la hora de inferir estados afectivos y actitudes en las expresiones vocales (Banse; Scherer, 1996). En el experimento realizado por Pell *et al.* (2009), un grupo de hablantes monolingües de español argentino tenían que reconocer los estados emocionales en fragmentos de expresiones vocales sin sentido, en su lengua nativa y en tres lenguas extranjeras (inglés, alemán y árabe). El grado de identificación fue superior al azar en todas las lenguas, aunque significativamente mejor en el idioma nativo.

Los niños pequeños responden diferente a tonos emocionales con valencia positiva y negativa (Fernald, 1993; Walker-Andrews, 1997).

Las señales vocales también influyen en los juicios que hacemos sobre los demás y en el cambio de actitudes (Patterson, 2010). A través de la voz podemos transmitir amabilidad, hostilidad, superioridad, sumisión, etc. Hoy en día, hay una amplia oferta de cursos de oratoria para aprender o mejorar el hablar en público, en los que se hace hincapié en cómo se transmite el mensaje, más que en el contenido en sí mismo. Pretenden facilitar técnicas y estrategias al alumno para expresar sus ideas con «autenticidad, comodidad y confianza». Un discurso fluido con pocas vacilaciones, con latencia de respuesta corta, con pausas y cambios de turnos, con variación en el tono, con volumen alto y con ritmo rápido se percibe como más persuasivo, creíble y competente (Knapp; Hall, 2010).

Aunque los elementos paralingüísticos influyen en la imagen que creamos de una persona, otros componentes no verbales, como la apariencia física, son indicadores más fiables de las verdaderas características de las personas (Patterson, 2010). Es posible que alguna vez nos haya ocurrido que hemos contactado telefónicamente con una persona y, posteriormente, en el contacto cara a cara nos sorprendemos de la imagen que nos habíamos formado, pues no hay una gran coincidencia.

El paralenguaje también ayuda a manejar la interacción, colabora en la regulación del turno de palabra (Patterson, 2010). Utilizamos señales vocales para señalar cuándo hablar, a quién, cuánto tiempo. Rara vez tenemos que decir «bien, ya he terminado de hablar, ahora te toca a ti». El uso de estas señales es mayoritariamente inconsciente. Cuando queremos señalar que hemos acabado y cedemos el turno, solemos hacer una pregunta y, posiblemente, nos mantenemos en silencio o rellenamos la pausa con alguna coletilla tipo «sabes». Usamos señales vocales cuando queremos decir algo, como es el caso de una inspiración sonora. Y, si no es suficiente, comenzamos a introducir vocalizaciones del tipo «ya, ya», «sí, sí» en la conversación de la otra persona. Cuando no queremos que nos interrumpan podemos subir el tono de voz. Cuando queremos ser sarcásticos, manipulamos conscientemente el tono para contradecir el mensaje verbal. «Sí, a mí también me hace una ilusión tre-men-da».

Existen una serie de señales vocales que forman el paralenguaje y que las personas usan y varían para dotar a su discurso de interés y vivacidad. Destacan las siguientes:

- Latencia. Intervalo temporal de silencio entre la terminación de la frase de una persona y la iniciación del habla de la otra persona (Caballo, 2007). En general, debemos esperar a que la otra persona termine.
- Volumen de la voz. El nivel de la voz y los cambios de nivel transmiten información. Cuando una persona se encuentra en un estado emocional de tensión, su volumen de voz puede alterarse y volverse inapropiado. Un volumen bajo puede indicar sumisión o tristeza; un volumen moderado puede mostrar agrado, actividad, alegría; un volumen alto puede revelar seguridad, dominio, extraversión o persuasión; un volumen demasiado alto sugiere agresividad, ira o tosquedad (Caballo, 2007). Los cambios en el volumen ayudan a enfatizar puntos y captar el interés del receptor. Se observan cambios de volumen al realizar una

petición, al rechazar una petición o al ofrecer una opinión personal. Cuando observamos a dos personas interactuar, un cambio en el volumen puede señalar malestar. Si el volumen es constante y no varía, puede producir un efecto negativo.

- Timbre. Calidad vocal o resonancia de la voz producida principalmente como resultado de la forma de las cavidades orales (Caballo, 2007). Las personas se diferencian por su timbre de voz, y este puede influir en las actitudes de los demás. A las personas con voces nasales se les achacan características socialmente indeseables; a los sujetos varones con voces guturales se les considera más mayores, más realistas y maduros, sofisticados y bien adaptados, mientras que a las mujeres con voces guturales menos inteligentes, más masculinas, holgazanas, toscas, neuróticas, apáticas, etc. (Knapp, 1992). Un timbre plano, monótono, se asocia con un estado emocional de tristeza.
- Tono. Calidad de los sonidos, dependiendo de su frecuencia, que permite ordenarlos de graves a agudos. Inflexiones de la voz y modo particular de decir algo, según la intención o el estado de ánimo del que habla. Las palabras pueden expresar afecto, ira o desinterés según la entonación. El tono puede indicar sarcasmo, otras veces contradicción. En general, una subida en el tono se percibe positivamente, como signo de alegría; y, al contrario, una bajada tiene connotaciones negativas, signo de tristeza o aburrimiento. Las personas que varían la entonación se describen como más dinámicas y extrovertidas, y las que muestran un tono invariante como aburridas.
- Fluidez/perturbaciones del habla. Las vacilaciones, falsos comienzos, repeticiones o tartamudeo son frecuentes en las conversaciones diarias. Si su frecuencia de aparición es excesiva puede dar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad (Caballo, 2007). Según Caballo (2007), existen tres tipos de perturbaciones del habla: a) muchos periodos de silencio; b) empleo excesivo de palabras de relleno o sonidos durante las pausas («hum», «eh», «bueno», «ya sabes»); c) repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido. Hay dos tipos de pausas: silenciosa o rellena («hum») (Knapp; Hall, 2010). Las pausas o silencios facilitan información sobre el nivel de activación y de ansiedad experimentado por la persona. Demasiados periodos de silencio pueden indicar ansiedad, enfado, desprecio o complejidad del mensaje a transmitir. Demasiadas pausas «rellenas» se pueden interpretar como signo de ansiedad o aburrimiento.
- Velocidad. La velocidad del habla puede informar sobre el estado emocional de una persona, el habla lenta puede indicar tristeza, afecto o aburrimiento, mientras que el habla rápida alegría o sorpresa. El discurso puede volverse incomprensible cuando la ansiedad es alta, esta puede aumentar considerablemente la velocidad del habla.
- Claridad del discurso. Comportamientos como farfullar, arrastrar palabras, hablar a borbotones, acento excesivo o vocalización excesiva afectan a la claridad del discurso. El chapurreo puede indicar ira o impaciencia, arrastrar palabras puede señalar aburrimiento o tristeza (Caballo, 2007).
- Tiempo de habla. Tiempo que permanece hablando una persona en una interacción social (Caballo, 2007). El tiempo de conversación puede ser deficitario tanto por hablar

demasiado como por hablar poco o no hablar. Se considera normal cuando el intercambio de información es recíproco.

Expresión facial

Dada la relevancia de la expresión facial en la comunicación de emociones, este componente se explica con mayor detalle en el siguiente apartado.

Capítulo III

La expresión facial

1. La expresión facial

La cara humana es el lugar del cuerpo en el que las emociones son más visibles y distinguibles, además de ser el principal centro de comunicación e interacción social, ya que es el componente que más se observa durante la interacción (Argyle, 1988; Rinn, 1991). Los niños, desde bebés, muestran preferencias por rostros de humanos (Myers, 2007) y discriminan expresiones faciales emocionales (Knapp; Hall, 2010). La popular frase «la cara es el espejo del alma» refuerza su preeminencia. Pero no únicamente es un medio de expresión de emociones, sino también es indicadora de actitudes personales, opiniones, rasgos de personalidad, interés, atracción sexual y atractivo personal, y es un regulador conversacional. Como curiosidad, recomiendo acudir a algún espectáculo de danza Kathakali. En él se puede apreciar la relevancia de la expresión facial. Los bailarines llevan un elaborado maquillaje facial y aprender a controlar de manera sorprendente los músculos faciales y el movimiento ocular, todo ello para poder transmitir leyendas hindúes sin ayuda del lenguaje verbal.

La cara se utiliza para facilitar e inhibir respuestas en las interacciones diarias como las siguientes (Knapp; Hall, 2010): 1) abrir y cerrar canales de comunicación (por ejemplo, abrir la boca cuando queremos intervenir); 2) complementar o modificar respuestas verbales o no verbales (por ejemplo, hacer un guiño con el ojo cuando le tomamos el pelo a alguien); o 3) reemplazar el discurso (por ejemplo, sacar la lengua para insultar a alguien).

El rostro humano es uno de los estímulos visuales más complejos (Barton, 2003). Su forma y expresión se altera con estados emocionales o enfermedades físicas y funciones como comer o hablar. Además, con los años, la cara va cambiando. A pesar de estas complejidades, la mayoría de las personas reconocen caras y deducen información.

Las expresiones faciales se originan por patrones de contracciones de músculos faciales. Estos músculos mueven la piel facial y conectan tejidos, creando pliegues y arrugas y moviendo los puntos de referencia en varias configuraciones estereotipadas que conocemos como expresiones faciales (Rinn, 1991).

Los músculos faciales son estimulados para la acción a través de impulsos de los nervios. El *nervio facial* tiene cinco ramas terminales que inervan los músculos faciales: temporal, cigomático, bucal, mandibular y cervical. Existen dos nervios faciales, uno para cada lado de la cara, que no se cruzan en la mitad de la cara y no están directamente comunicados. Los músculos del lado izquierdo de la cara son inervados por el nervio facial izquierdo y los del lado derecho por el derecho (Rinn, 1991).

La representación cortical de la cara presenta una serie de características a destacar (Rinn, 1991).

• Es mayor que la del resto del cuerpo; junto con la de la mano representan más o menos dos

tercios. Esta representación desproporcionada refleja la importancia del córtex en el control de la cara y las manos.
- La representación de la parte baja de la cara es mayor que la de la parte alta, por lo que el córtex tiene más influencia en la parte baja.

La parte izquierda de la cara puede moverse independientemente de la derecha. La parte baja del rostro tiene mayor grado de control motor fino y tiende a implicarse en movimientos aprendidos y voluntariamente inducidos (Rinn, 1991). En contraste, la parte alta de la cara no se relaciona con movimientos voluntarios. Por ello, los movimientos unilaterales alrededor de los ojos son más difíciles. Por ejemplo, algunas personas, principalmente los niños, son incapaces de cerrar un único ojo sin cerrar el otro. Lo mismo ocurre con los movimientos unilaterales de las cejas. Se deduce de lo anterior que la zona periocular y la zona peribucal de la cara pueden entrar en contradicción. Cuando esto sucede, generalmente solemos considerar de manera inconsciente como verdadero el mensaje emitido por la parte alta de la cara (por ejemplo, mirada triste acompañada de sonrisa).

Las personas con lesiones de la representación facial en la corteza motora pueden tener una parálisis completa del lado contralateral de la cara y ser incapaces de contraer las comisuras de los labios voluntariamente, pero pueden producir sonrisas espontáneas en la zona paralizada (Rinn, 1991). Las personas con lesiones en ciertas áreas subcorticales pueden tener una capacidad normal para hacer movimientos faciales de manera voluntaria, pero presentar problemas para movimientos faciales expresivos espontáneos en el lado afectado. El córtex tiene que ver con los movimientos faciales voluntarios, pero las expresiones faciales emocionales deben de tener que ver con otras zonas (subcorticales) (Rinn, 1991; Trémeau *et al.*, 2005).

2. Las emociones

Las emociones están continuamente presentes en las vidas de las personas, son un elemento esencial de la conducta humana. Darwin (1984) señaló la importancia funcional de las mismas. Destacó dos funciones principales: 1) facilitar la adaptación del organismo al medio y, por tanto, su supervivencia, al ayudar a reaccionar adecuadamente ante situaciones de emergencia; y 2) servir como medio de comunicación de futuras intenciones ante los otros mediante la expresión de la conducta emocional.

Los estados emocionales son procesos dinámicos, cambian constantemente. Pero en algunas circunstancias pueden ser bastante estables, como es el caso de las personas que presentan depresión. Cualquier acto o situación desencadena un estado emocional. Una visita médica es uno de los escenarios en los que se ponen en juego diversas emociones, tanto positivas como negativas. Recibir información sobre resultados de pruebas o sobre el estado de salud de un familiar, estar a la espera de recibir un diagnóstico o el malestar propio de un estado de enfermedad son situaciones médicas que comportan reacciones emocionales.

No hay una definición de emoción universalmente aceptada, pero si hay consenso sobre sus

componentes (Reeve, 2005). La emoción es una respuesta compleja que incluye las siguientes dimensiones: 1) subjetiva o cognitiva: pensamientos, sensaciones o sentimientos que producen los estados emocionales (por ejemplo, tener miedo de los resultados de una prueba médica y pensamientos negativos del tipo «serán malos»); 2) biológica o fisiológica: respuestas biológicas, reacciones fisiológicas que preparar al organismo para la acción adaptativa (por ejemplo, aceleración del pulso y de la respiración antes de dar una mala noticia a un paciente); 3) funcional o propositiva: cambios comportamentales que hacen que la persona se prepare para la acción (por ejemplo, conducta autoprotectora ante una situación amenazadora); y 4) expresiva o social: expresiones faciales o corporales características que comunican nuestras experiencias emocionales a los demás (por ejemplo, sonrisa después de conseguir el alta médica). Esta última dimensión hace referencia a la comunicación no verbal. La consideración de todos estos componentes permite un conocimiento más amplio y completo del estado emocional de una persona.

Ekman y Friesen han propuesto la existencia de seis emociones básicas con funciones adaptativas: alegría, sorpresa, miedo, tristeza, rabia y asco. Según estos autores, cada una de ellas se caracteriza, entre otros aspectos, por una expresión facial exclusiva y reconocida universalmente. Diversos estudios apoyan la existencia de determinados patrones de respuesta facial afectiva distintivos, generalizados y compartidos por la mayoría de personas. Entre ellos se encuentran estudios de Ekman con tribus de Nueva Guinea que no han tenido ningún contacto con otras culturas o estudios con ciegos congénitos. Por ejemplo, en el primer caso, se explicaban a indígenas historias con diferente contenido emocional (por ejemplo, «ha llegado tu amigo y estás contento», «estás enfadado y a punto de pelearte») y las expresiones faciales que mostraron tenían características universales, fueron reconocidas y correctamente etiquetadas por otras personas ajenas a su cultura. Matsumoto y Willingham (2009) compararon las expresiones espontáneas de atletas ciegos congénitos y no congénitos durante los Juegos Paraolímpicos del año 2004 y con atletas videntes de Juegos Olímpicos del mismo año. No encontraron diferencias entre los deportistas ni diferencias culturales. Desde esta perspectiva, los humanos, cuando experimentan emociones, las expresan de manera parecida. Estos patrones tendrían una alta probabilidad de ser reconocidos por la mayoría de personas, independientemente de su cultura.

No obstante, se ha generado un extenso debate sobre la universalidad o la relatividad cultural de las expresiones emocionales. Los modelos actuales comulgan con las dos propuestas, es decir, ciertos componentes de las emociones son universales y probablemente biológicos, pero al mismo tiempo existe un componente aprendido culturalmente que regula la expresión social y la percepción de las mismas (Elfenbein, Ambady, 2002; Scherer, Wallbott, 1994). Existen normas culturales, explícitas e implícitas, sobre cuándo y cómo mostrar emociones. Aprendemos comportamientos emocionales que son apropiadas en un determinado contexto y no en otros (por ejemplo, entierro), con personas de determinado estatus, para mujeres pero no para hombres, etc. No siempre las usamos a un nivel consciente de la conciencia. Sin embargo, la emoción subyacente sí se experimenta y probablemente se exprese de la misma manera en privado. En interacciones sociales, las normas culturales regulan el

comportamiento. El control de la expresión facial se enseña desde edades tempranas, se controla más cuidadosamente que otros componentes no verbales (Argyle, 1988). Entre miembros de la misma cultura, el reconocimiento de expresiones emocionales es mejor, se habla de una ventaja *de grupo* (Elfenbein; Ambady, 2002). Las personas también pueden tener sus propias normas idiosincráticas de expresión y regulación emocional.

La expresión facial se define a partir de dos criterios principales: 1) la musculatura implicada y 2) los gestos característicos. Ekman y Friesen desarrollaron en los años sesenta el *Facial Action Coding System* (FACS), un instrumento para estudiar cómo la contracción de cada músculo facial (de manera individual y en combinación con los otros) cambia la apariencia de la cara. Se trata de un sistema creado para poder medir y describir el comportamiento facial. Las unidades de medida son *unidades de acción*, no músculos. Una expresión se compone de unidades de acción específicas que producen el movimiento. Además de estas unidades, también se miden parámetros como la duración y la intensidad. Las puntuaciones obtenidas tienen un significado descriptivo y no tratan de proporcionar información sobre el significado del comportamiento. La cara se divide en tres regiones para estudiarla con más facilidad: 1) cejas y frente; 2) ojos y párpados; y 3) mejilla, nariz, boca y mentón.

Ekman y Friesen desarrollaron un catálogo de movimientos prototípicos relacionados con las emociones básicas. Para cada estado emocional, habría una zona concreta de la cara que proporcionaría más información. Por ejemplo, en el caso de la alegría serían las zonas mejilla/boca y cejas/frente. En el miedo serían los ojos/párpados. En la actualidad, hay diversos manuales y programas para entrenarse en el reconocimiento de emociones a través de la expresión facial (Ekman, 2004).

Al igual que las emociones, las expresiones faciales no son estáticas. Cambian rápidamente y tienen un papel importante en las interacciones sociales (por ejemplo, sonreír cuando se ha metido la pata para buscar apoyo de los demás). En algunos casos son tan momentáneas que pueden durar fracciones de segundo, son las llamadas *microexpresiones*. Generalmente se producen cuando la persona trata de ocultar deliberadamente su emoción o, inconscientemente, reprime su emoción. Por otro lado, no todas representan emociones simples, algunas son mezclas de diversas emociones. Las personas no siempre muestran estados emocionales puros o únicos.

A continuación se detalla la expresión facial de cada una de las seis emociones básicas. No obstante, hay que tener en cuenta que en un contexto real no siempre se muestran todos los signos faciales de la emoción.

3. La expresión facial de las emociones básicas

3.1. Alegría

Gran parte de las investigaciones sobre la expresión facial de emociones se han centrado en

aquellas que se relacionan con malestar. No obstante, actualmente ha aumentado el interés por el estudio de las *emociones positivas*. Uno de los campos de estudio más prometedores es el de la relación entre la alegría y la salud.

La alegría es un sentimiento positivo, grato, una emoción de júbilo vivo. Es un estado emocional agradable, genera bienestar. Entre los desencadenantes habituales de la alegría se encuentran: atenuación o eliminación de contingencias negativas (alivio por desaparición de dolor), acontecimientos positivos (fiesta), consecución de metas deseadas (premio), placeres sensoriales (caricias) y situaciones cómicas o chocantes. También se puede desencadenar alegría a través del aprendizaje vicario, es decir, cuando estos desencadenantes los experimenta otra persona.

La finalidad adaptativa de esta emoción básica es la reproducción de la especie y la reproducción de conductas que tienen consecuencias positivas para el individuo. (Plutchik, 1980). También regula los sistemas fisiológicos y psicológicos (reduce la ansiedad o el enfado), regula la interacción social (predispone a iniciar o mantener relaciones interpersonales o comunicativas) y desarrolla conductas altruistas. En numerosos estudios se ha demostrado que un estado emocional positivo promueve o facilita la conducta prosocial, es decir, las personas tienden a ser más sociables y cooperativas y a ayudar más a los demás. Isen y Levin (1972) investigaron el efecto del estado emocional positivo en el comportamiento de amabilidad hacia los demás. En uno de los experimentos provocaron que un grupo de personas se encontraran una moneda en un teléfono público y al salir se cruzaban con una persona a la que se le caían papeles por el suelo. Compararon el comportamiento de ayudar a recoger los papeles y encontraron que aquellos que habían encontrado la moneda eran más proclives a ayudar que los del grupo control. Otros estudios muestran que las personas tienden a hacer más donaciones, muestran más deseos de iniciar conversaciones con los demás, prestan más atención a la información positiva o son más optimistas.

Los signos faciales que ayudan a interpretar la expresión de alegría son (Figura 1) (Knapp, Hall, 2006; Kohler *et al.*, 2004):

- Arrugas en la piel bajo los párpados inferiores.
- Arrugas en los ángulos externos de los ojos (patas de gallo).
- Elevación de las mejillas.
- Arruga en la zona nasolabial (entre la nariz y el labio superior).
- Comisura labial hacia atrás y ligeramente elevada.
- La boca puede estar o no abierta, con exposición de dientes o no.

Figura 1. Expresión facial de alegría



Fuente: P. Ekman (1993). *Pictures of Facial Affect.* Con permiso para reproducir de The Paul Ekman Group, LLC.

Una de las manifestaciones evidentes de alegría es la sonrisa, pero todas las sonrisas no son indicadores de este estado emocional, también son fenómenos sociales. Las sonrisas pueden dar lugar a equívocos, ya que pueden aparecer por motivos como ocultar otra emoción (tristeza), saludos convencionales, comportamiento cortés o voluntad propia. Algunos estudios muestran que la posibilidad de reír ante un acontecimiento positivo es baja en situaciones no interactivas y alta en situaciones de interacción social (Ruiz-Belda; Fernández-Dols; Barchard, 2003). Es el caso de los medallistas de oro en los juegos olímpicos, las sonrisas son más frecuentes en el momento de la interacción, no durante la experimentación individual del resultado deportivo (Fernández-Dols; Ruiz-Belda, 1995). La relación entre alegría y sonrisa es compleja. Paul Ekman (1991) ha descrito hasta dieciocho tipos de sonrisas. Algunos ejemplos se detallan a continuación:

- Sonrisa triste. La persona experimenta una emoción negativa. Labios tensos y elevación del labio inferior. Contracción de frente y cejas.
- Sonrisa amortiguada. La persona sí siente emoción positiva, pero trata de disimular la intensidad de la misma. Es habitual apretar los labios.
- Sonrisa cruel. Se mezcla sentimientos de felicidad y rabia. Elevación del labio superior. Pueden mostrar los dientes. Contracción de las cejas.
- Sonrisa de turbación. La sonrisa va acompañada de una bajada de la vista o de apartarla para evitar la mirada mutua.
- Sonrisa de desdén. Elevación unilateral del labio, o bien bilateral aunque las comisuras de los labios se contraen y se elevan los labios.

El neurólogo francés Duchenne de Boulogne comparó las sonrisas genuinas y las simuladas. En ambas intervenía el músculo cigomático mayor, que es el que facilita la sonrisa propiamente dicha. Sin embargo, encontró que la principal distinción se encontraba en el

músculo orbicular del ojo porque es difícil de ejercer control voluntario sobre el mismo y ayuda a transmitir *chispa en los ojos*. Otras de las diferencias son (Chóliz, 1997):

- La sonrisa falsa es más asimétrica.
- Normalmente, en la sonrisa falsa la elevación de las mejillas no es tan marcada y tampoco aparecen patas de gallo ni descenso de las cejas.
- La sonrisa falsa muestra irregularidades en el inicio y desaparición. Puede aparecer de manera abrupta o se mantiene en exceso de manera forzada (dura más).
- En la sonrisa falsa aparecen elementos de otras emociones.

La presencia de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado o expansivo, es decir, un estado altamente eufórico o anormalmente bueno, alegre o alto, puede ser un indicador de la presencia de un episodio maníaco.

3.2. Sorpresa

La sorpresa es la única emoción que es indeterminada, es decir, que no tiene valencia positiva o negativa. Es la más breve de todas las emociones. El resto también pueden ser breves, pero, a diferencia de la sorpresa, también pueden prolongarse más tiempo. Se trata de una experiencia emocional momentánea de la que, una vez que procesamos la información, pasamos rápidamente a otra emoción acorde con la valoración (tristeza, ira, etc.). También puede darse el caso de que no le siga ninguna emoción. Desde una visión funcional adaptativa, el propósito de la sorpresa es permanecer orientado hacia un acontecimiento inesperado que pueda ser peligroso (Plutchik, 1980).

El desencadenante más habitual es un acontecimiento repentino e inesperado, nos debe pillar desprevenidos para producir sorpresa (Ekman, 2004). Un paciente puede mostrar una cara de sorpresa efímera cuando llega a la consulta y ese día su médico habitual ha sido sustituido por un compañero desconocido para el paciente.

Figura 2. Expresión facial de sorpresa



Fuente: P. Ekman (1993). Pictures of Facial Affect. Con permiso para reproducir de The Paul Ekman Group, LLC.

Los comportamientos faciales habituales de este estado emocional son (Figura 2) (Knapp; Hall, 2010):

- Las cejas se levantan, por lo que aparecen arqueadas.
- Pueden aparecer arrugas horizontales en la frente.
- La piel de debajo de las cejas se estira.
- Párpados abiertos; párpado superior levantado y párpado inferior bajado («ojos como platos»).
- Normalmente, la esclerótica (parte blanca del ojo) sobresale por encima. También puede hacerlo por debajo.
- Mandíbula caída, abierta, de manera que los labios y los dientes quedan separados, sin tensión ni estiramiento de la boca.

3.3. Miedo

Al contrario que la alegría, el miedo es una de las emociones más estudiadas. Es una emoción adaptativa, dada su función protectora (Plutchik, 1980), pero puede llegar a ser traumática (Myers, 2007). Se relaciona con trastornos emocionales, con trastornos conductuales y psicosomáticos. Este estado emocional se desencadena principalmente por un peligro presente e inminente, ya sea real o imaginario. Los seres humanos están biológicamente preparados para sentir miedo ante determinados estímulos incondicionados que supusieron una amenaza para el hombre en algún momento de la evolución (por ejemplo, serpientes, rostros amenazantes). Pero los miedos han variado con los cambios del entorno (por ejemplo, miedo ante un examen).

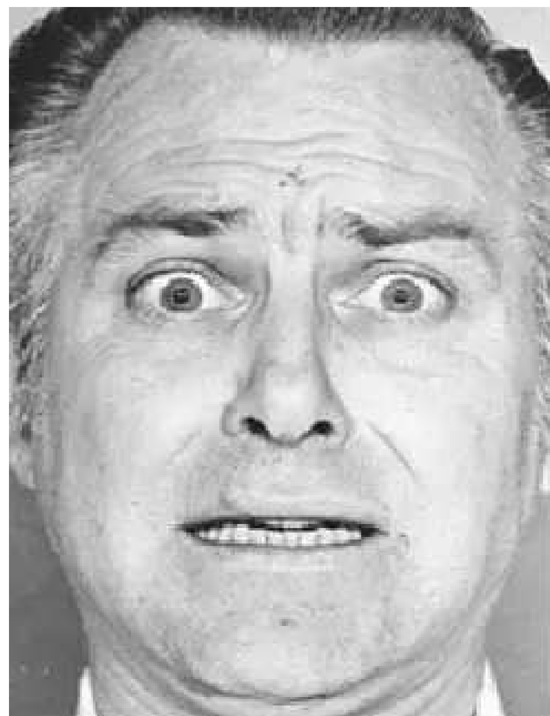
El miedo también se puede adquirir por aprendizaje, por procesos de condicionamiento. A menudo, los pacientes no están familiarizados con los hospitales y se muestran temerosos

hacia lo que sucede en los mismos. Pueden haber visto imágenes terribles, haber leído o escuchado historias horribles o haber experimentado procedimientos dolorosos en visitas previas. Durante la estancia en el hospital también pueden percibir que no tienen control sobre su persona y que se desencadene un estado de miedo. Lo mismo puede ocurrir cuando aparecen síntomas físicos desconocidos y se perciben como un peligro. Si la activación es elevada, incita a la evitación o a la huída de las situaciones amenazadoras (por ejemplo, no hacerse analíticas de sangre).

Entre los movimientos faciales que se relacionan con esta emoción se encuentran (Figura 3) (Knapp, Hall, 2010; Kohler *et al.*, 2004):

- Arrugas en el centro de la frente, no a lo largo de toda la frente. Pueden expresarse facialmente el miedo sin este comportamiento.
- Cejas levantadas y contraídas al mismo tiempo. Se puede mostrar miedo sin que las cejas estén levantadas y juntas.
- Párpado superior elevado, mostrando la esclerótica, y párpado inferior en tensión y estirado. Ojos bien abiertos.
- Labios tensos y ligeramente contraídos hacia atrás, o estrechados y contraídos hacia atrás. La boca puede estar abierta.

Figura 3. Expresión facial de miedo



Fuente: P. Ekman (1993). Pictures of Facial Affect. Con permiso para reproducir de The Paul Ekman Group, LLC.

La expresión facial de miedo tiene una función protectora (Ekman, 2004). Por un lado, permite avisar a los demás de que hay amenaza al acecho, les previene para que eviten el daño, o puede servir para pedir ayuda de cara a eliminar la amenaza. Por otro lado, si alguien nos ataca o está a punto de hacerlo, el mostrar un rostro de miedo puede provocar que el agresor cese o no inicie su comportamiento.

Pero lesiones en la amígdala, un área esencial para la percepción y el sentimiento de miedo, pueden dificultar el reconocimiento de la expresión de miedo en un rostro (Adolphs *et al.*, 2005).

3.4. Tristeza

La tristeza es un sentimiento negativo que se caracteriza por la falta de alegría, por un decaimiento del estado de ánimo habitual de la persona que se acompaña de una reducción significativa en su nivel de activación cognitiva y conductual. Su experiencia subjetiva oscila desde la congoja leve hasta la pena intensa propia del duelo o la depresión. Es una de las emociones que puede tener larga duración y puede ir acompañada de momentos breves de emociones positivas o momentos de ira (Ekman, 2004). Su función adaptativa tiene que ver con facilitar la reintegración personal (Plutchik, 1980). Además, permite economizar recursos y favorece la introspección y el análisis constructivo. La expresión facial solicita auxilio de los demás, promueve la obtención de apoyo social.

Figura 4. Expresión facial de tristeza



Fuente: P. Ekman (1993). Pictures of Facial Affect. Con permiso para reproducir de The Paul Ekman Group, LLC.

Los desencadenantes tienen que ver con pérdidas, contingencias aversivas y experiencia vicaria en otras personas. Algunos ejemplos comunes y universalmente conocidos son (Ekman, 2004):

- Muerte de un hijo.
- Rechazo de un amigo o pareja.
- Pérdida de meta valiosa (por ejemplo, objetivo profesional).
- Pérdida de un objeto muy apreciado o entrañable.

• Decepción.
• Pérdida de salud.
• Pérdida de una parte del cuerpo o de una función a causa de un accidente o enfermedad.

Entre los signos más comunes de la expresión facial de tristeza destacan (Figura 4) (Knapp, Hall, 2010; Kohler *et al.*, 2004):

• Piel de las cejas en forma de triángulo, con las esquinas interiores levantadas.
• Ángulos inferiores de los ojos hacia abajo.
• Pueden aparecer arrugas en la frente.
• Descenso de las comisuras de los labios. Los labios pueden estar temblorosos.
• Elevación del mentón.

3.5. Ira

La ira, entendida como una violenta irritación contra alguna persona o cosa, se considera el estado emocional más peligroso, ya que puede llegar a causar daños a otras personas. Se describe como un proceso vigorizador que urge a la acción, al mismo tiempo que interrumpe los procesos cognitivos que se hallan en curso y centra la atención y la expresión de afectos negativos hacia el agente instigador, y conduce a actuar en defensa en situaciones que comprometen la integridad física o la autoimagen y la propia estima. Aunque se categoriza como una emoción negativa, tiene una función adaptativa. Está diseñada para destruir o eliminar obstáculos que impiden la satisfacción de necesidades importantes (Plutchik, 1980) y permite desarrollar rápidamente conductas de defensa-ataque. Está relacionada con trastornos psicofisiológicos, especialmente con alteraciones cardiovasculares.

Entre los desencadenantes posibles de un estado emocional de ira se encuentran (Ekman, 2004):

• Situaciones frustrantes
  – Obstrucción del acceso a una meta (por ejemplo, interferencia física de otra persona en algo que queremos hacer).
  – Transgresión de normas y derechos.
  – Extinción de contingencias aprendidas.
• Situaciones aversivas
  – Inducción de dolor.
  – Intención de alguna persona de ocasionarnos daño (físico o psicológico)
  – Rechazo de una persona querida.
  – Ira ajena (círculo peligroso, la ira provoca más ira).
  – Desagradables (olores, ruidos, hacinamiento, frío, calor…).

Su expresión facial se manifiesta a través de la siguientes señales (Figura 5) (Knapp, Hall, 2010; Kohler *et al.*, 2004):

• Cejas bajas y contraídas. Se forman líneas verticales entre las cejas.
• Párpado superior tensado, puede estar bajo o no por la acción de las cejas.
• Párpado inferior tensado, puede estar o no elevado.
• Mirada dura en los ojos, que pueden parecer inflados, abultados.
• Labios en cualquiera de dos posiciones básicas: a) presionados firmemente, con las comisuras rectas o bajas; o b) abiertos y tensos en forma cuadrangular, como si gritáramos.
• Puede haber dilatación de los orificios nasales (también en la tristeza).

Figura 5. Expresión facial de ira



Fuente: P. Ekman (1993). Pictures of Facial Affect. Con permiso para reproducir de The Paul Ekman Group, LLC.

3.6. Asco

La emoción de asco es un sentimiento de repugnancia que lleva a alejarse o distanciarse. El asco es adaptativo y está preparado filogenéticamente, el organismo responde de forma selectiva a ciertos estímulos potencialmente *asquerosos (por ejemplo, objetos, olores, etc.) con objeto de prevenir la contaminación y la enfermedad (Sandín; Chorot; Santed et al., 2008). Nos protege de la ingestión oral de sustancias y objetos peligrosos.*

Inicialmente, el asco se ha definido como una emoción vinculada a los alimentos (por ejemplo, comida en mal estado). Los objetos prototípicos de asco serían alimentos, productos corporales y ciertos animales transmisores de suciedad (por ejemplo, sangre, saliva, sudor, cabello, heces, orina, mocos, ratas, gusanos, etc.). Pero podemos sentir asco a través de otros sentidos además del gusto (olor, tacto, vista). Actualmente, el concepto de asco se ha adaptado a otros tipos de entidades amenazantes que se pueden clasificar en las siguientes categorías (Phillips; Senior; Fahy; David, 1998):

• Origen y naturaleza animal. Sexo, muerte, falta de higiene o las violaciones de la envoltura

corporal (vísceras, amputaciones, etc.).

- Contaminación interpersonal. Asco provocado por el contacto físico con personas desconocidas o desagradables. Existirían cuatro grupos de desencadenantes interpersonales aprendidos: raro, enfermizo, desgraciado, socialmente contaminado.
- Asco moral o socio-cultural. Asco por ciertas creencias o comportamientos, como abuso sexual a los niños.

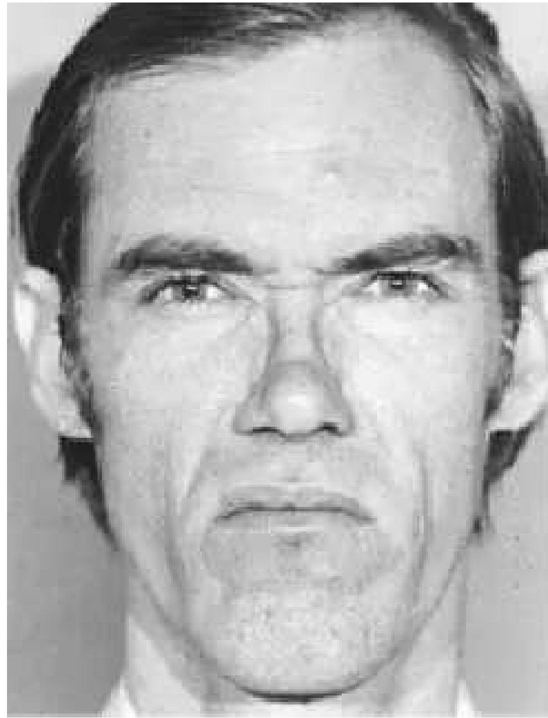
Las variantes de asco interpersonal y moral pueden asociarse a fenómenos de rechazo social (racismo, marginación, rechazo de personas enfermas, etc.) y a cuestiones de tipo moral (incesto, abuso infantil, homosexualidad, etc.). Algunos estados físicos, como los que presentan las personas gravemente desfiguradas, pueden provocar reacciones emocionales de asco en los demás (Phillips; Senior; Fahy *et al.*, 1998). En un contexto médico, el asco puede desencadenarse ante la percepción de sangre o de úlceras supurantes, ante personas que presentan malformaciones físicas o se encuentran gravemente desfiguradas o ante determinados fármacos (sabor, vía de administración).

El miedo y la tristeza se han considerado relevantes en varios trastornos psiquiátricos, como en la ansiedad específica y ansiedad generalizada, en el trastorno obsesivo-compulsivo y en trastornos afectivos. Sin embargo, el asco ha sido una *emoción olvidada* (Phillips *et al.*, 1998). Actualmente, hay evidencias de que tiene un importante papel en la etiología y manifestación de diversos trastornos psiquiátricos, tales como fobias a los animales; fobia a la sangre-inyecciones-daño y al desmayo; depresión; trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos alimentarios, disfunciones sexuales, dismorfofobia y coprofagia (Phillips *et al.*, 1998).

La expresión de asco es universal y, aunque existen fuertes desencadenantes universales, la cultura, las creencias religiosas y las diferencias individuales influyen en la valoración de los estímulos (por ejemplo, restricciones dietéticas religiosas). La falta de tolerancia para el sudor y el olor del cuerpo parece ser una preocupación reciente de culturas occidentales (Phillips *et al.*, 1998). En la intimidad se tolera más el nivel de lo que consideramos repulsivo (por ejemplo, cambiar pañales, cuidar familiares enfermos, comportamientos sexuales, etc.) (Ekman, 2004).

Los comportamientos faciales que se corresponden con el estado emocional de asco son (Figura 6) (Knapp, Hall, 2010; Phillips *et al.*, 1998):

Figura 6. Expresión facial de asco



Fuente: P. Ekman (1993). Pictures of Facial Affect. Con permiso para reproducir de The Paul Ekman Group, LLC.

- Cejas bajas, empujando hacia abajo el párpado superior.
- Arrugas en el párpado inferior.
- Nariz arrugada (estrechamiento de las fosas nasales), las aletas levantadas y aparecen arrugas en ambos lados y en el puente de la nariz.
- Mejillas elevadas.
- Labio superior elevado.
- Labio inferior elevado y empujando hacia arriba al labio superior, o bien estirado hacia abajo y ligeramente hacia delante.

Se han distinguido tres variedades en la expresión facial del asco (Rozin; Lowery; Ebert, 1994). La nariz arrugada ante olores irritantes y ofensivos y, en menor medida, con sabores malos. La apertura de la boca y sacar lengua ante comidas y con irritación oral. El labio superior levantado ante desencadenantes que incluyen a los orígenes animales del ser humano, contactos interpersonales aversivos y ciertas ofensas morales.

Capítulo IV

La relación entre la comunicación verbal y no verbal

No es inusual encontrar manuales dedicados exclusivamente a un tipo de comunicación, verbal o no verbal. Sin embargo, aunque ambas se separen con el objeto de estudiar cada una de ellas con mayor detenimiento, son partes inseparables de un mismo acto. Resulta complicado entender un proceso comunicativo si no se tiene en cuenta la interacción entre los dos canales (Jones; LeBaron, 2002).

Si tratamos de comunicarnos con una persona situándonos de espaldas a la misma o si nos tapamos los oídos y la miramos observando únicamente su comportamiento no verbal, podremos darnos cuenta de las dificultades que nos encontramos a la hora de interpretar la información a través de un único canal. En alguna ocasión, cuando hablamos por teléfono y, a falta de señales no verbales más allá de las paralingüísticas, es posible que nos hayamos sentido incómodos porque no entendíamos bien el tono emocional de la conversación. La interacción entre la comunicación verbal y no verbal es constante y, en muchos casos, se necesitan para ayudar en la comprensión del mensaje que se quiere transmitir, se refuerzan la una a la otra.

Hablar de relación en este apartado hace referencia tanto a la secuencia temporal o a la coincidencia entre los comportamientos verbales y no verbales (anticipación, coincidencia o sustitución) como a la interrelación entre los mensajes transmitidos por cada canal (Ekman; Friesen, 1969). No obstante, también puede darse el caso de que no exista relación entre ambos comportamientos en algún momento concreto.

Ekman (1965) describe diversas formas a través de las cuales el comportamiento no verbal interacciona con el verbal: repetición, contradicción, complementación, sustitución, acentuación/moderación y regulación. No son excluyentes entre sí. El contexto ayuda a definir el tipo de relación que se produce en un momento dado, ya que permite entender el objetivo del comportamiento no verbal. A continuación se explican detalladamente cada una de ellas.

1. Repetición

El comportamiento no verbal simplemente repite lo que se dice o se ha dicho verbalmente. Un ejemplo habitual lo encontramos cuando vamos caminando por la calle, se para un coche y el conductor nos pregunta cómo se llega a un lugar determinado. Al mismo tiempo que tratamos de explicar verbalmente lo que la persona debe hacer («siga recto y en la segunda rotonda gire a la derecha…»), sin darnos cuenta estamos haciendo gestos con los brazos y las manos que repiten la idea de recto, rotonda, girar a la derecha, e incluso vamos mirando, girando y orientando nuestro cuerpo hacia la dirección objetivo.

En el contexto clínico se detectan repeticiones cuando el médico y el paciente se saludan o se despiden y cuando el médico invita al paciente a que pase a la consulta y se acomode.

Ejemplos:

- Un paciente entra en la consulta y dice «hola» al mismo tiempo que saluda con la cabeza y abre más los ojos.
- Un paciente sale de la consulta diciendo «adiós» mientras hace un gesto de despedida con la mano.
- El médico sale a la sala de espera, nombra al paciente y le dice «pase» mientras señala a la puerta para indicar al paciente que entre.

Los pacientes tienden a repetir el mensaje verbal con el comportamiento no verbal cuando tratan de explicar lo que les pasa o cuando facilitan alguna información adicional.

Ejemplos:

- Un paciente verbaliza «veo borroso cuando me tapo el ojo» al mismo tiempo que se tapa el ojo con la mano.
- Un paciente expresa «me duelen los riñones» y paralelamente se presiona los riñones.
- Un familiar explica al médico el motivo de consulta y, cuando la información hace referencia a sí mismo («a mí me afecta mucho»), se autoseñala con la mano. Si hace alusión al paciente («él está más apagado»), le señala o le mira.
- El paciente y el médico hablan sobre un desinfectante para heridas y el paciente responde «en casa tengo uno con *spray» y mueve los dedos de la mano como si apretara el spray*.

Las repeticiones en los dos canales también se observan cuando se responde a preguntas cerradas o cuando se hace referencia a números, objetos o lugares concretos.

Ejemplos:

- Un paciente afirma «sí» al mismo tiempo que asiente con la cabeza.
- El médico pregunta al paciente: «¿En qué ciudad estamos?» El paciente responde: «No sé». Al mismo tiempo, levanta los hombros.
- El médico le comenta al paciente «por favor, pase a la camilla para realizar la exploración». Paralelamente, señala con el brazo la camilla y se orienta con el cuerpo hacia la misma.
- El paciente manifiesta «estuve dos días ingresado en Vall d'Hebron» y señala con el dedo en dirección al hospital.
- El médico pregunta al paciente: «¿Cuántas pastillas toma al día?» El paciente responde «dos» y señala el número con los dedos de la mano.
- El médico y el paciente hablan sobre la evolución de los síntomas y el paciente manifiesta: «Me he tomado el *myolastan*, pero no me ha hecho nada». Levanta la caja de la medicación al mismo tiempo.

¿Por qué puede ser útil la repetición en el contexto clínico? Si observamos una interacción entre médico y paciente, las repeticiones son altamente frecuentes. Es más, si intentamos hablar sin hacer ningún tipo de gesto o movimiento nos sentimos extraños. Por ello, la ausencia de repeticiones en un paciente podría ser indicativa de la presencia de algún tipo de problema físico o mental. Por otro lado, en ocasiones, prestamos atención a la persona que habla, pero no entendemos bien lo que dice. Los motivos de la incomprensión pueden ser múltiples (por ejemplo, volumen bajo, lenguaje incomprensible, dificultades idiomáticas, enfermedad física).

Sin embargo, si la persona ha utilizado comportamientos no verbales que repiten el mensaje verbal, estos nos permiten entender mejor y aclarar dudas. A veces, incluso, no es necesario ni volver a hacer la pregunta. En sentido inverso, la escasez de repeticiones por parte del profesional sanitario puede dificultar el establecimiento de una relación adecuada con el paciente y dificultar la compresión que este tiene de la información que el profesional le trata de transmitir.

2. Contradicción

La comunicación verbal y no verbal pueden resultar discrepantes, es decir, los mensajes son contradictorios o parecen incongruentes entre sí. Detectamos contradicción cuando una persona manifiesta que se muestra de acuerdo con una idea pero al mismo tiempo muestra inquietud y evita el contacto visual. La interacción entre los dos canales transmite un mensaje global confuso. Un ejemplo característico es el de un progenitor que grita a su hijo «¡he dicho que no me chilles!» Este tipo de situaciones se ajustan al dicho popular «haz lo que digo, no lo que hago» y generan desconcierto.

Según señalan Knapp y Hall (2010), aunque esta forma de relación es bastante frecuente, se detecta con mayor facilidad cuando la contradicción es extrema. Es importante matizar que contradicción no es sinónimo de mentira ni tampoco implica necesariamente malas intenciones por parte del emisor del mensaje. La contradicción puede producirse en situaciones como las que se indican a continuación:

- Cuando nos encontramos en un aprieto porque no queremos decir la verdad pero al mismo tiempo tampoco queremos mentir. Por ejemplo, cuando alguien está contento con alguna cosa que se ha comprado y nos pregunta que qué nos parece y lo encontramos horrible; cuando en nuestro cumpleaños alguien nos ofrece un regalo y no nos gusta; o cuando alguien nos invita a una fiesta y no queremos ir. El estado emocional que provoca esta situación en la persona genera discordancia entre los dos canales, la cual es perceptible por el receptor y le genera dudas, ya que recibe un mensaje final discrepante.
- Cuando se habla con sarcasmo o ironía. Precisamente, esta figura retórica se caracteriza por evidenciar a través de la comunicación no verbal la burla. Por ejemplo, hacemos una visita a

un amigo a su despacho y le encontramos tranquilamente tomando un café y leyendo el periódico y le decimos: «¡qué "duro" es tu trabajo!» La entonación nos ayuda a interpretar el mensaje, aunque no es siempre evidente y puede haber confusión.

- Cuando tenemos ganas de hacer algo o participar en alguna actividad, pero sentimos vergüenza o miedo a no hacerlo bien. Por ejemplo, un compañero de clase nos pregunta «¿te apetece venirte con nosotros a la montaña el sábado?» y contestamos con titubeos «sí… sí». El mensaje final no está claro para el receptor, que puede preguntarse: «¿Le apetece realmente?»
- Cuando tratamos de mentir y lo hacemos de manera imperfecta. Por ejemplo, cuando uno juega a las cartas (por ejemplo, mus). Tratamos de disimular que ha entrado una buena jugada o que no tenemos buenas cartas, pero la voz, la cara y el cuerpo quizá no acompañen a las palabras y desvelen nuestra jugada.

La contradicción también puede darse entre los propios comportamientos no verbales, fundamentalmente entre la expresión facial y otro tipo de comportamientos. Una sonrisa se puede mostrar con finalidad social y con la intención de evitar un conflicto, pero puede ser incongruente con el resto de comportamientos no verbales (por ejemplo, ausencia de contacto ocular, tono bajo, etc.). Las competiciones deportivas son un contexto para observar este aspecto, tanto en el momento de la competición propiamente dicha como en el momento de recoger el premio cuando no se ha quedado en primera posición. La sonrisa es un elemento que invita a considerar que una persona ha actuado con deportividad, pero al mismo tiempo otros elementos no verbales pueden mostrar que la persona no se encuentra satisfecha con el resultado ni con el comportamiento del contrincante.

En el contexto médico observamos contradicciones cuando los pacientes reciben resultados de pruebas médicas, ya sean estos favorables o desfavorables. Por ejemplo:

- El médico comunica a una paciente el resultado de los análisis y la paciente responde con una sonrisa: «¡Vaya, tengo el colesterol alto!»
- El médico comunica a un paciente el resultado de los análisis y el paciente responde con una sonrisa: «Me has fastidiado».
- El médico comunica el resultado favorable de una prueba y el paciente responde lentamente «qué bien», con un tono bajo y expresión facial de tristeza.

Otras de las situaciones en las que se producen contradicciones se da cuando se habla sobre las indicaciones terapéuticas y los pacientes responden sobre su grado de acuerdo con la alternativa aconsejada, sobre su comprensión del procedimiento o sobre su nivel de cumplimiento en el caso de haber comenzado el tratamiento. Por ejemplo:

- La enfermera explica a la paciente que debe ponerse un óvulo vaginal cada día y le pregunta si se lo pondrá ella o su cuidadora. La paciente responde con cara de asco: «No me importa ponérmelo yo».

- El médico comenta al paciente que debe ponerse una vacuna y este responde: «Hum… hum…» (a lo largo de la visita se detecta que el paciente tiene miedo a las inyecciones y no se ha vacunado en ocasiones anteriores).
- El médico pregunta al paciente si ha tomado la medicación y el paciente responde mientras se rasca la cabeza y cambia de postura: «Sí, sí, sí… la tomo… la tomo…».
- El médico describe cómo hay que tomar la medicación y pregunta al paciente si ha entendido. Este responde «sí» mientras niega con la cabeza.
- El médico aconseja a la paciente la derivación a otro profesional y la paciente responde sonriendo: «Da miedo aquel doctor».

También se observan contradicciones cuando los pacientes explican cómo se encuentran e informan sobre el grado de molestia de los síntomas.

- El paciente explica que le duele el tobillo desde hace dos semanas. El médico le comenta al paciente que le va a explorar y le pide que le señale cuándo le duele. En un momento de la exploración el paciente responde «no me duele demasiado…» al mismo tiempo que muestra una expresión facial de dolor y sufrimiento.
- El paciente entra en la consulta y dice en alto sonriendo: «¡Estoy fatal! ¡Me he levantado muy mal, con ganas de vomitar y mareado!»
- El paciente comenta con una sonrisa: «He pasado una noche *buenííiisima*».
- El médico pregunta al paciente cómo lleva la muerte de un familiar y el paciente responde «estoy bien» con voz temblorosa y ojos llorosos.

¿Por qué es importante considerar la contradicción en el contexto clínico? Las contradicciones en el comportamiento del paciente pueden dar pistas sobre la comprensión o no de la información, sobre el acuerdo o desacuerdo con la alternativa terapéutica planteada o sobre el cumplimiento o no de las instrucciones médicas. También pueden permitir detectar manipulaciones con el objeto de conseguir algún tipo de beneficio (por ejemplo, conseguir o evitar una baja médica). Pero, sin duda, son realmente importantes cuando permiten descubrir algún tipo de malestar emocional en el paciente para poder ofrecerle la ayuda que realmente necesita pero que no termina de verbalizar.

Cuando los dos canales son inconsistentes o contradictorios, el comportamiento no verbal, normalmente bajo menos control, tiende a invalidar el mensaje verbal (Silverman *et al.*, 2008). Sin embargo, algunos estudios apuntan que los niños, los adolescentes y los adultos con problemas emocionales tienden a creer más en el mensaje verbal. La contradicción se relaciona con sentimientos de desconcierto, recelo y desconfianza, que amenazan la relación profesional-paciente. Es importante que los profesionales tengan en cuenta que pueden contradecirse de manera involuntaria, creando incertidumbre y desconcierto en el paciente, y con ello amenazando su adherencia al tratamiento y la confianza en el sistema sanitario. Un ejemplo clásico puede ser cuando se pide al paciente «explíqueme que le pasa» pero se hace sin mirar y hablando rápido. El paciente puede interpretar que el médico no tiene interés en

escucharle. Otra situación puede darse cuando el profesional responde sobre el pronóstico «se pondrá bien pronto», pero de una manera poco convincente para el paciente o sus familiares.

3. Complementación

La comunicación no verbal complementa la verbal de manera que no es meramente una repetición, sino que ayuda a hacer que la información quede más clara, a que el mensaje se entienda con mayor precisión. La comunicación no verbal puede proporcionar información adicional sobre el contenido verbal. Un ejemplo claro lo encontramos cuando subimos a un avión y el personal de vuelo explica las instrucciones de seguridad antes del despegue. Al mismo tiempo que se indican verbalmente los pasos a seguir, estos se van ilustrando de manera no verbal para evitar problemas de comprensión y reducir las dudas de los viajeros.

En las interacciones sociales diarias, es habitual darnos cuenta de que muchas veces es difícil explicar únicamente con palabras lo que queremos decir, de ahí que recurramos a la comunicación no verbal para ayudarnos a transmitir el mensaje. Esta permite aclarar la información y, en algunos casos, ampliarla. Por ejemplo, un paciente que está describiendo sus síntomas al médico y se detecta miedo a través de su comportamiento no verbal, este facilita información adicional al profesional y complementa el comportamiento verbal.

En la práctica clínica es habitual encontrar esta forma de relación en los pacientes cuando tratan de explicar una caída o lesión, cuando muestran cómo hacen los ejercicios físicos prescritos o cuando se precisa la zona corporal que produce molestias. Ejemplos:

- Un paciente de edad avanzada explica al médico que está resfriado, que le duele la garganta y que tiene una tos seca repetida. Con objeto de darse mejor a entender, simula cómo es la tos que tiene.
- Un paciente que muestra dudas sobre si está utilizando correctamente el inhalador prescrito y para ello escenifica cómo lo realiza al mismo tiempo que lo explica.
- Un paciente que ha tenido un accidente de tráfico y al mismo tiempo que habla reproduce de manera no verbal: «Mire, iba con el volante cogido así…».
- El paciente verbaliza «se me ha caído un diente» al mismo tiempo que abre la boca y señala la zona.

En el caso del profesional de la salud es realmente útil para poder explicar con más claridad cómo se debe administrar un determinado medicamento que puede resultar complejo o cómo deben llevarse a cabo unos determinados ejercicios físicos. Ejemplos:

- La enfermera explica al paciente cómo debe aplicar en su casa las inyecciones

intramusculares de un medicamento.

- El fisioterapeuta realiza ante el paciente los ejercicios físicos que posteriormente este debe hacer.

¿Por qué nos interesa la complementación en el contexto clínico? En un contexto clínico, si el profesional escenifica determinadas pautas terapéuticas (por ejemplo, toma de la medicación, realización de ejercicios para casa), permite contribuir a que el paciente comprenda mejor. Es más, si el profesional posteriormente solicita al paciente que repita la información que se le ha facilitado, podrá disponer de un provechoso *feedback* que le permitirá valorar la comprensión del paciente y corregir errores, y con ello asegurarse de que las pautas del tratamiento se seguirán con mayor eficacia. Hoy en día, es común facilitar al paciente material audiovisual complementario a la información que se facilita en la consulta médica, así como documentos informativos con ilustraciones.

4. Sustitución

La comunicación no verbal puede sustituir al mensaje verbal, es decir, ser el único canal de comunicación. Por ello, a lo largo del desarrollo de un individuo, las personas aprenden a identificar expresiones faciales, movimientos del cuerpo, posturas, etc., y a relacionarlos con sentimientos o intenciones específicos. Un ejemplo se da cuando la persona con la que interactuamos no está próxima y le hacemos un gesto con la mano para que venga, como cuando estamos en el cine y hemos reservado un asiento a alguien.

Esta forma de relación es evidente entre personas que se conocen muy bien. Es altamente probable que en alguna ocasión en la que esperábamos a alguien conocido, hayamos reconocido a la persona de lejos, simplemente por su forma de caminar, sin haberle llegado a ver la cara. Existen *códigos ocultos* que las personas con las que tenemos una relación más próxima nos envían y a los que respondemos automáticamente. Por ejemplo, en una pareja, cuando uno de los dos miembros llega a casa, la otra persona detecta rápidamente si ha tenido un buen día. De la interpretación que haga dependerá su comportamiento. Cuando un hijo tiene un examen y llega a casa, por su manera de llegar se aprecia si le ha ido bien o mal. Cuando una pareja está en una reunión social y uno de los dos quiere irse, puede no verbalizarlo abiertamente al grupo y, sin embargo, envía señales a la pareja para que se entere y actúe en consecuencia. Este tipo de códigos ocultos se perciben igualmente cuando alguien se incorpora por primera vez a un grupo de personas que ya se conocen desde hace tiempo. El comportamiento inicial suele ser de observación para tratar de entender las dinámicas de funcionamiento del grupo, muchas de ellas no verbales. Es más, en algunas ocasiones, el grupo tiene una explosión de alegría y ríe, pero la persona nueva aún no ha entendido el porqué. Pero

no siempre la persona que recibe el mensaje no verbal lo interpreta correctamente. Puede darse el caso de la pareja que llega a casa con cara de pocos amigos por un dolor de cabeza que ha tenido durante todo el día, su cara no tiene nada que ver con asuntos propios del trabajo.

En el contexto clínico de relación médico-paciente, encontramos comúnmente sustituciones al saludar, al despedirnos o al responder a preguntas cerradas. Ejemplos:

- El médico pregunta al paciente si ha tomado la medicación y este responde simplemente asintiendo con la cabeza.
- El médico pregunta al paciente «¿qué le trae por aquí?», el paciente enseña el papel de la baja.
- El médico pregunta al paciente si tiene la receta y este la enseña.
- El médico explora al paciente y le pide que le indique cuándo le duele. El paciente responde retirando la pierna, moviéndose, etc.

La sustitución de la comunicación verbal es también habitual para señalar personas, lugares, objetos, números y zonas de dolor.

- El médico pregunta al paciente dónde le duele y el paciente señala el brazo.
- El médico pregunta al paciente qué medicación ha tomado y este señala la caja del medicamento.
- El médico pregunta al paciente por el número de pastillas que está tomando al día y el paciente señala dos con los dedos de la mano.
- Un familiar explica al médico el problema y cada vez que verbaliza él para referirse al paciente, hace un gesto con la cabeza para señalarle.

¿Por qué nos interesa la contradicción en el contexto clínico? El comportamiento no verbal es un recurso comunicativo realmente útil para comunicarnos con niños pequeños, con personas mudas, con personas recién llegadas con dificultades idiomáticas y con personas con algún tipo de déficit que afecta a la comunicación verbal. Igualmente, es especialmente importante prestar atención a la comunicación no verbal del paciente cuanto llega a la consulta, su comportamiento no verbal nos indicará el tono emocional de los primeros momentos del encuentro, lo que nos permitirá recibir empáticamente al paciente.

5. Acentuación/moderación

El comportamiento no verbal puede subrayar (enfatizar, resaltar, destacar, amplificar) o suavizar (mitigar, atenuar) partes del mensaje verbal. Un ejemplo de acentuación lo encontramos cuando alguien está enfadado y lo muestra gritando, con una expresión facial de ira altamente marcada y haciendo un gesto con las manos que simboliza retorcer el

cuello a alguien. La moderación la detectamos fundamentalmente cuando transmitimos un mensaje con significado emocional para la otra persona y tratamos de que mantenga la calma a través de elementos paralingüísticos (tono bajo, velocidad lenta), la mirada y contacto corporal.

Estas funciones se aprecian no únicamente en la comunicación cara a cara, sino también en la comunicación escrita, ya que hacemos un gran uso de signos de puntuación, de interrogación, de exclamación, etc., o en las conversaciones telefónicas, gracias al paralenguaje. Por ejemplo, las empresas de atención telefónica al cliente entrenan a sus trabajadores en comportamientos no verbales como la *sonrisa telefónica*. Es el caso también de los *emoticones*, que permiten acentuar o moderar el tono emocional de un mensaje escrito.

La conducta no verbal de los pacientes acentúa el mensaje verbal cuando no se encuentran conformes con alguna situación (por ejemplo, tiempos de espera o trato recibido) o cuando quieren esclarecer algún aspecto que no ha quedado claro de la información facilitada por el profesional. Ejemplos:

- El paciente exclama «¡me han dado cita para el 31 de diciembre!» y levanta el dedo índice y lo mueve de arriba abajo, mantiene el contacto visual y muestra una expresión facial de ira.
- El paciente manifiesta «¡han tardado un montón en darme hora para una colonoscopia!» mientras sube los hombros y extiende los brazos separados con las palmas de la mano hacia arriba.
- Un paciente insiste que se le dé hora con el cirujano antes y da un golpe en la mesa.
- El paciente pregunta al médico «¿me lo tengo que tomar todos los días?» y cambia la entonación y el volumen cuando pronuncia la palabra *todos*.

La acentuación también es característica cuando se quiere transmitir la idea de que los síntomas son claramente molestos o preocupan. Ejemplos:

- El paciente exclama «¡ay doctora, estoy muy mal!», tose, se toca la cara y la cabeza y su expresión facial muestra su malestar.
- EL paciente explica que tiene un picor en la axila al mismo tiempo que aumenta la voz y repite «tengo mucho picor, *muuuucho*, *muuuuucho* picor» y mueve la cabeza de arriba abajo.
- La paciente verbaliza en tono bajo y con una velocidad lenta «me encuentro muy baja de pilas» y baja la cabeza y dirige la mirada al suelo.
- El paciente explica «¡me duele la garganta! ¡No he dormido en toda la noche! ¡Un dolor!» y mueve la mano abierta de abajo a arriba.

El profesional y el paciente se ayudan de la comunicación no verbal cuando pretenden que quede clara una idea o información concreta. Ejemplo:

- El paciente remarca «una pastilla ya me hizo sentirme mal». Eleva el tono, habla más lentamente y cambia la entonación cuando pronuncia una y repite varias veces la frase a lo largo de la consulta.
- El médico pregunta si toma la medicación y el paciente responde «todos los días» con volumen y subrayando a nivel paralingüístico la palabra todos.

¿Por qué nos interesa la acentuación/moderación en el contexto clínico? La acentuación le permite al profesional destacar la información relevante y llamar la atención del paciente. Al mismo tiempo ayuda a que el médico detecte aquello que es prioritario para el paciente, lo que le preocupa y su nivel de conformidad. En el caso de la moderación, permite tratar información difícil de una manera que impacte menos y también calmar momentos de tensión en la consulta, es decir, regular el estado emocional del paciente.

6. Regulación

La comunicación no verbal ayuda a regular la comunicación verbal, es decir, a iniciar y a finalizar interacciones comunicacionales y a controlar el flujo de la conversación. Una situación de regulación se produce cuando estamos escuchando a alguien y le tocamos el brazo al mismo tiempo que le miramos como señal de que queremos hablar.

Los anteriores tipos de relación hacen referencia a la interacción entre la conducta verbal y la no verbal en una misma persona. En el caso de la regulación, esta puede ser de dos tipos: a) intrapersonal: coordinación entre las conductas verbal y no verbal de un individuo en la producción de un mensaje; e b) interpersonal: coordinación de las conductas verbal y no verbal de un individuo con las de la persona con la que interactúa.

La regulación intrapersonal se produce cuando una persona cambia el tema de conversación y se acompaña de un cambio apreciable de postura (por ejemplo, si está sentada, se apoya sobre el lado contrario), cuando el emisor recupera de la memoria una idea que trata de verbalizar y realiza un gesto característico (por ejemplo, un chasquido de dedos) o cuando realizamos pausas con el objeto de encontrar una palabra o idea (por ejemplo, hum…). En todos estos casos, la conducta no verbal ayuda a regular la interacción interpersonal, ya que favorece que el receptor preste atención o no comience aún su turno de palabra, de manera que se llega a transmitir verbalmente todo el mensaje.

La regulación interpersonal se aprecia cuando se observa el flujo de la conversación entre dos interlocutores. La mirada es un componente clave. Los emisores tienden a mirar menos que los receptores, codificar un mensaje supone mayor demanda cognitiva que descodificarlo (Silverman *et al.*, 2008). El contexto de una relación médico-paciente tiene de particular que el contacto visual se tiende a mantener en el emisor cuando es el médico, con objeto de

observar mejor las reacciones del paciente. En general, el emisor, cuando pretende indicar que va a acabar de hablar y cede el turno de palabra, tiende a aumentar el contacto visual hacia el receptor. Se aprecia un sincronización no verbal, el emisor para de hablar y el receptor comienza su intervención. Si el receptor no desea intervenir, evita el contacto visual. Este ejemplo claro lo observamos en un aula, el profesor realiza una pregunta a los alumnos mientras mantiene el contacto visual y estos evitan la mirada mutua y bajan la cabeza para evitar ser preguntados. Si alguno pretende intervenir entonces se incorpora, mantiene la mirada o sonríe. Si, por el contrario, el emisor pretende seguir hablando y no quiere que el receptor interrumpa, evita realizar pausas largas, disminuye el contacto visual y aumenta el volumen si la otra persona interrumpe (Patterson, 2010).

Sin embargo, si el receptor quiere hablar, abre la boca como si fuera a dejar escapar algún sonido y en ocasiones produce inhalaciones audibles o aclara la voz. Si el receptor quiere que la conversación finalice, comienza a asentir rápidamente en señal de que hay que ir más rápido o, si está de pie, puede colocarse ya en disposición de abandonar el lugar. Cuando no existe sincronización, puede haber momentos de solapamiento de manera que ambos interlocutores hablan simultáneamente.

El receptor a veces vocaliza sus reacciones (por ejemplo, mmm…, hum…, sí…, bien…) y apoya lo que dice el emisor de manera que este continúa con su intervención. Es diferente al turno de palabra. También utiliza movimientos de cabeza para indicar que se presta atención al escuchar. Si este tipo de comportamientos no están presentes, el emisor puede no estar seguro de haber sido entendido y probablemente vuelva a repetir lo que acaba de decir o intente dar más explicaciones. El receptor, al establecer más contacto visual, transmite información a través de la expresión facial fundamentalmente sobre su nivel de atención, comprensión o acuerdo entre otros.

También se observa la regulación interpersonal cuando vamos caminando por la calle. Tendemos a mostrar mayor contacto visual cuando la distancia es mayor y va disminuyendo según se acerca la persona, de manera similar a cuando estamos conduciendo con marchas largas y cuando se acerca un coche cambiamos a cortas (Patterson, 2010). Algunas veces hemos ido paseando por la calle y nos hemos encontrado con alguien conocido, hemos hecho un amago de pararnos mirando, sonriendo y orientándonos a la otra persona, pero el comportamiento no verbal de la otra persona nos ha hecho retomar la marcha y no parar, simplemente saludar.

Como se deduce, esta forma de relación es altamente frecuente. Algunos autores han acuñado el término *regulador conversacional* (Knapp; Hall, 2010) para hacer referencia a diferentes tipos de señales no verbales que ayudan a transmitir el mensaje verbal y están claramente vinculados a la producción del habla, son comportamientos específicos que se usan para señalar lo que se quiere o se planea hacer durante la conversación. Si no se emiten correctamente o no se utilizan, las personas se pueden sentir incómodas. De ahí que, a veces, podemos tener la sensación de estar hablando con una pared o, contrariamente, con alguien cuya conversación se reduce a un monólogo sin permitir la intervención. En general, los emisores normalmente usan los reguladores para tres funciones: a) empezar una conversación,

b) continuar su turno y no ser interrumpido y c) acabar el turno y ceder la palabra. Los receptores los usan para mostrar: a) que están dispuestos a dejar empezar al otro o a permanecer en «silencio» mientras el otro habla, b) que van a empezar a hablar, c) que siguen la conversación o d) sus reacciones al mensaje del emisor.

Podemos deducir que existen normas, generalmente implícitas, que regulan las conversaciones. Estas normas parecen estar influenciadas por la cultura y las vamos aprendiendo a través del proceso de socialización. Los niños pequeños, desconocedores de las mismas, utilizan señales como tirar de la ropa, chillar o repetir *mamá* o *papá* muchas veces en alto hasta que se les hace caso.

Entre los ejemplos más característicos que se perciben en una visita clínica encontramos los siguientes:

Inicio de la visita

- El médico levanta la cabeza y las cejas, mira al paciente y le sonríe con objeto de que comience a hablar.

Durante la visita

- Un paciente que habla y cuando va a ceder el turno de palabra estira la mano hacia la doctora al mismo tiempo que acaba su explicación.
- El paciente habla y el médico escribe en el ordenador mientras emite vocablos tipo *ya… ya…* y asiente con la cabeza con el objeto de que el paciente perciba que le está escuchando.
- El familiar de un paciente escucha la información que facilita el médico y en un momento de la consulta levanta la mano para hacer una pregunta.
- Durante el momento de facilitar información al paciente, el profesional mantiene el contacto visual y el volumen de la voz se eleva con objeto de que el paciente se muestre atento y no le interrumpa.
- El profesional facilita información al paciente y en un momento de la consulta la paciente le toca el brazo y verbaliza: «Perdone, habla muy rápido».
- El médico pregunta al paciente «¿solo es eso?» y la paciente responde «¡espere!» al mismo tiempo que hace un gesto con la mano de parar.

Al final de la visita

- El médico le dice al paciente «cuídese y nos vemos la próxima semana» al mismo tiempo que se incorpora y se levanta como señal de despedida.
- El médico comienza a enviar señales de finalización de la visita, por ello recoge todas las recetas y se las da al paciente al mismo tiempo que eleva el volumen y comienza a verbalizar «muy bien Sr. Roca…».

¿Es relevante la regulación en la práctica clínica? Si el profesional sanitario no observa o tiene problemas para captar las señales no verbales de regulación del paciente, o él mismo no utiliza reguladores conversacionales, la comunicación no será fluida y puede crear malestar en

ambos. Si es el paciente quien no atiende a las señales de regulación del profesional o no muestra reguladores conversacionales, el profesional de la salud deberá poner en marcha habilidades más complejas para regular el flujo de la comunicación en la visita y realizar una despedida cordial. En alguna ocasión, el tiempo de habla del paciente o de los familiares puede resultar excesivo y el médico puede tener dificultad para regular los turnos de palabra. Este obstáculo puede alimentar la aparición de gestos adaptadores en el médico que pueden ser interpretados negativamente por el paciente. El entrenamiento en habilidades comunicativas que permitan interrumpir de manera no brusca y retomar el control de la conversación es de especial relevancia en este tipo de situaciones.

Capítulo V

La interpretación de la comunicación no verbal

Si buscamos en internet cómo interpretar la comunicación no verbal, se encuentran aseveraciones como «tus movimientos te delatan», «gestos que delatan la personalidad», «el carácter según el lenguaje del cuerpo», «cada vez que acompañamos nuestras palabras con algún gesto, una mirada o una sonrisa especial estamos diciendo nuestros verdaderos pensamientos y sentimientos», etc. Incluso se pueden encontrar en la red instrumentos del tipo «test del lenguaje corporal y para saber qué piensan de ti» (consultar Facebook).

Existen diversos libros y otro tipo de materiales sobre *lenguaje corporal* que han tratado de crear una especie de diccionario donde cada comportamiento no verbal se relaciona con un determinado significado concreto. Algunos ejemplos son:

- Entrelazar los dedos = autoridad
- Frotarse las manos = impaciencia
- Apretarse la nariz = evaluación negativa
- Palma de la mano abierta = sinceridad
- Jugar con el cabello = falta de confianza en sí mismo
- Frotarse un ojo = dudas
- Puño cerrado = tensión, nerviosismo, se oculta la verdad
- Echarse hacia atrás en una butaca = seguridad en uno mismo
- Tocarse o tirarse de la oreja = indecisión

El canal no verbal es relevante en la comunicación humana y transmite una considerable cantidad de información, pero su interpretación es compleja. Las afirmaciones y significados anteriores pueden dar lugar a equívocos. En primer lugar, ya se ha comentado en la primera parte de este libro que cuando hablamos de comunicación no verbal no estamos haciendo referencia a un lenguaje. Por ello, tampoco sería oportuno hablar de «leer el cuerpo», más bien observamos el comportamiento no verbal y posteriormente contrastamos la información. Para asegurar una interpretación correcta, es importante no únicamente observar cuidadosamente, sino también contrastar verbalmente nuestras percepciones; permitirá evitar malentendidos y descubrir más información (Silverman *et al.*, 2008). En segundo lugar, gran parte del procesamiento de la comunicación no verbal de una persona y de las reacciones que este provoca en el otro interactuante se producen fuera de nuestra consciencia. En tercer lugar, los comportamientos no verbales no se analizan de manera aislada, sino en conjunto y en relación con la comunicación verbal y el contexto. El mismo comportamiento no verbal puede entenderse de otra manera dependiendo de la situación (Mast, 2007). Por ejemplo, una mirada mutua fija puede expresar afecto si se produce entre dos amigos en un momento de diversión y se expresa junto a una sonrisa, o enfado si surge entre dos amigos cuando uno de los dos ha dicho algo que no le gusta al otro y va acompañada de labios tensos y apretados. No obstante,

dicho algo que no le gusta al otro y va acompañada de labios tensos y apretados. No obstante, a un nivel más general, los patrones de comportamiento no verbal tienden a ser bastante estables independientemente de las personas y las situaciones, dada su naturaleza funcional (Patterson, 2010). En cuarto lugar, un comportamiento no verbal no es un rasgo de personalidad. En definitiva, debemos ser cautos a la hora de interpretar el significado de las señales no verbales. Tenemos una comprensión limitada y existe evidencia de que diversos factores pueden afectar en la manifestación del comportamiento no verbal y en la interpretación del mismo.

Igual que ocurre en otras relaciones interpersonales, la relación médico-paciente no se puede aislar de las características del contexto en el que tiene lugar el encuentro. Este contexto es multidimensional, influyen factores relacionados con el paciente, el profesional, la enfermedad y el tipo de tratamiento y el sistema sanitario (Martin *et al.*, 2010; Patterson, 1983; Street, Gordon, Haidet, 2007). Algunas de las influencias se describen a continuación.

1. Tipo de emoción

El nivel de reconocimiento de las emociones básicas no es igual para todas. En personas sanas, las expresiones faciales de alegría tienden a ser las que se identifican con más precisión y más rapidez, raramente se confunden con otras expresiones faciales (Goren, Wilson, 2006; Kohler *et al.*, 2004; Palermo, Coltheart, 2004). En el estudio de Goren y Wilson (2006) llevado a cabo con estudiantes universitarios, la ira era la emoción más difícil de reconocer y la alegría la más fácil. Miedo y tristeza eran las expresiones que más se confundían. En su estudio no consideraron la sorpresa y el asco. Kohler *et al.* (2004) presentaron a los participantes fotografías de color de expresiones faciales de cuatro emociones básicas balanceadas por género y etnia. Los porcentajes de acierto para cada emoción estudiada fueron: 91,2 % para la alegría, 84,0 % para la tristeza, 68,9 % para la ira y 67,9 % para el miedo.

En el caso del reconocimiento de emociones a través de la voz, en general, la ira, la alegría y la tristeza son más fáciles de reconocer que el miedo y el asco (Banse; Scherer, 1996).

2. Contexto

El contexto en el que se produce la interacción influye en el significado que se atribuye a los comportamientos no verbales y en la aparición de los mismos. Por un lado, los estudios realizados sobre expresión facial muestran que la secuencia de aparición incide en las inferencias que realizan los observadores sobre la intensidad y el tipo de emoción. En el estudio de Thayer (1980) se ilustra cómo la exposición previa a determinadas expresiones faciales de emociones influye en las valoraciones sobre expresiones faciales presentadas con posterioridad. La exposición previa a una secuencia de expresiones faciales idénticas (por ejemplo, cuatro fotografías consecutivas de una misma persona con una expresión de alegría) se relaciona con valoraciones más extremas de la intensidad de la emoción a juzgar (por

ejemplo, una fotografía de tristeza). En la misma línea, una expresión facial neutra de una persona se puede valorar como tristeza si se presenta simultáneamente al lado de una cara que desborda alegría, o de alegría si se compara con una cara de profunda tristeza.

El contexto puede influir en la expresión o inhibición de comportamientos no verbales. Lee y Wagner (2002) diseñaron un estudio para analizar la influencia de la presencia de otra persona en la revelación de emociones. Las participantes del estudio debían hablar sobre los acontecimientos emocionales más positivos y negativos que habían vivido durante el último año. En un grupo de participantes, el investigador estaba presente y, en otro grupo, no. Observaron que las participantes del grupo *investigador presente* hablaban menos de sus experiencias emocionales. Las participantes que explicaban sus experiencias positivas en presencia del experimentador mostraban más comportamiento facial positivo que las que lo hacían en ausencia del experimentador. Durante la explicación de acontecimientos negativos, las participantes del grupo *investigador presente* mostraron menos expresiones faciales negativas y más positivas que las que las del grupo *investigador ausente*.

La distancia interpersonal varía en función del contexto, si es formal y poco familiar, tienden a ser mayor. El contacto corporal amistoso entre personas que no tiene una relación cercana es más probable que se produzca en contextos públicos y se muestre ausente en contextos privados dadas las connotaciones del mismo (amor, intimidad, sexual) (Knapp; Hall, 2010). Determinados escenarios, como las zonas de salidas y llegadas de aeropuertos, favorecen determinados tipos de contacto corporal ausentes en otros contextos (por ejemplo, entorno laboral) (Heslin; Boss, 1980). El atractivo físico de una persona puede variar en función del contexto. Una persona se puede considerar sexy durante una actuación en un concierto o en un programa de televisión y menos glamourosa en otro lugar (Knapp; Hall, 2010). Lo mismo ocurre al valorar el atractivo de una persona cuando lleva un determinado uniforme (por ejemplo, bombero) en comparación a cuando lleva vestimenta informal.

3. Sexo

Diversos estudios sugieren que los estilos comunicativos de hombres y mujeres difieren. Heslin, Nguyen y Nguyen (1983) estudiaron las valoraciones de estudiantes universitarios sobre el *contacto físico*. En general, los participantes valoraban como agradable el contacto proveniente de un amigo cercano del sexo opuesto. En cambio, hombres y mujeres valoraban de manera diferente el contacto proveniente de una persona del sexo opuesto desconocida. Los hombres estimaban agradable el contacto, mientras que las mujeres lo valoraban como desagradable o impertinente. Para los hombres la valoración tenía que ver con el sexo de la otra persona, para las mujeres con el nivel de conocimiento de la persona que toca. Helweg-Larsen, Cunningham, Carrico y Pergram (2004) estudiaron el comportamiento *inclinación de la cabeza* en estudiantes universitarios ante profesores (estatus subordinado) y compañeros (mismo estatus) en el aula. En general, hombres y mujeres inclinaban más la cabeza ante profesores que ante compañeros, pero las mujeres inclinaban la cabeza más que los hombres ante compañeros.

ante compañeros.

Estas diferencias también se perciben en la relación médico-paciente. Las mujeres médico realizan visitas de más duración, hacen más preguntas, facilitan de manera más activa la participación del paciente, se implican más en conversaciones sobre aspectos emocionales y muestran comportamientos más positivos verbales y no verbales (Roter; Hall; Aoki, 2002). Las mujeres médico sonríen más y asienten más con la cabeza (Hall; Irish; Roter *et al.*, 1994). Por otro lado, Hall y Roter (2002) se interesaron por estudiar si los pacientes se comportan de manera diferente en función de si el médico es un hombre o una mujer. Observaron que, en general, los pacientes hablan más a médicos mujeres que a médicos hombres, facilitan más información biomética y psicosocial y realizan más frases positivas a médicos mujeres. También tienden a ser más asertivos con mujeres y tienden a interrumpirlas más. Mast et al. (2008), evaluaron recientemente los comportamientos no verbales de hombres y mujeres médicos valorados positivamente por los pacientes. En las mujeres médico, los pacientes valoraron la mirada, mayor inclinación y voz más suave. En los hombres médico, apreciaron un tono de voz más alto y más distancia interpersonal.

Las diferencias en el procesamiento de las emociones en función del sexo son más la norma que la excepción (Hamann; Canli, 2004). Diversos estudios muestran la existencia de diferencias tanto en la expresión como en la detección de emociones. En general, las mujeres son más precisas a la hora de juzgar el significado emocional de señales no verbales en comparación a los hombres, expresan mejor las emociones y son más comunicativas (Hall, Matsumoto, 2004; Roter, Hall, 2006; Thayer, Johnsen, 2000). Estas diferencias se encuentran desde los primeros años de vida. Algunos estudios muestran que en la expresión donde los hombres parecen ser más precisos es en la de ira (Vigil, 2009). Tanto hombres como mujeres procesan mejor las expresiones faciales producidas por mujeres que las producidas por hombres (Vigil, 2009).

También se observan diferencias desde el nacimiento en la actividad psicomotora (Vigil, 2009). Los chicos tienden a adoptar posturas corporales más abiertas cuando se sientan o están de pie y a producir, en general, mayores movimientos corporales que las chicas. Estos movimientos tienden a durar más tiempo. También adoptan mayor distancia interpersonal. Las muestras no verbales de dominancia en los hombres se muestran a través del espacio personal, posturas corporales abiertas y animadas y rápidos acercamientos. Las mujeres transmiten el dominio inclinando la cabeza hacia abajo y mediante patrones como contacto visual y sonrisa en concordancia con la persona con la que interactúan.

Actualmente hay un considerable interés por estudiar los diferentes correlatos neurales en el procesamiento de emociones en función del sexo. Estudios de neuroimagen funcional han identificado diferencias neurales en el procesamiento de la emoción: respuesta a estímulos con contenido emocional, respuesta a expresiones faciales de emoción y memoria emocional (Hamann; Canli, 2004). Lee *et al.* (2002) utilizaron la técnica de la resonancia magnética funcional (fMRI) y observaron que los hombres y las mujeres utilizaban estrategias cognitivas diferentes cuando procesaban expresiones faciales de alegría o tristeza, fundamentalmente en las de tristeza. Kesler-West *et al.* (2001) utilizaron la técnica de fMRI para investigar el procesamiento explícito de las emociones faciales de felicidad y la tristeza. Observaron que

los hombres mostraban una mayor activación del hemisferio izquierdo al observar caras tristes en comparación con caras alegres. No encontraron tales diferencias en mujeres. Orozco y Ehlers (1998) encontraron que los hombres y las mujeres diferían en la respuesta del potencial evocado P450 a expresiones faciales de tristeza y alegría. Midieron la amplitud y la latencia del componente P450 y, aunque en todos los sujetos la latencia y la amplitud antes las expresiones faciales de tristeza eran mayores en comparación a las de alegría, las mujeres mostraron mayor latencia y amplitud que los hombres en ambos tipos de expresiones faciales.

4. Edad

Las personas de mayor edad tienen más dificultades para discriminar emociones a través de expresiones faciales (Malatesta, Izard, Culver *et al.*, 1987; McDowell, Harrison, Demaree, 1994; Sullivan Ruffman, 2004). La relación entre la edad y la capacidad de discriminar no es lineal, el rendimiento mejora de la infancia a la adolescencia y principios de la edad adulta, pero empeora más tarde en la edad adulta, fundamentalmente para expresiones negativas como miedo y tristeza (Williams *et al.*, 2009). Parece existir una relativa preservación del reconocimiento de la alegría (Ruffman; Henry; Livingstone *et al.*, 2008). Ruffman, Sullivan y Dittrich (2009) encontraron que a medida que aumenta la edad, el reconocimiento de expresiones corporales de ira, tristeza, miedo y alegría empeora, así como el de ira en expresiones vocales. En la misma línea, los participantes de mayor edad también tienen más dificultades para emparejar expresiones auditivas emocionales con expresiones faciales y corporales congruentes emocionalmente.

En un estudio reciente, se propone que las diferencias según la edad en el reconocimiento de emociones dependen de la emoción específica y del contexto. En su trabajo, Richter, Dietzel y Kunzmann (2011) detectaron que las mujeres más jóvenes (media = 23 años) mostraban mejor reconocimiento de expresiones faciales de tristeza e ira que las mujeres de mayor edad (media = 70 años). El contexto influía en el reconocimiento de la alegría, es decir, los déficits de reconocimiento se encontraban únicamente en la condición *contexto pobre* (visualización de película sin sonido) en comparación a la condición *contexto rico* (con sonido).

Las dificultades en el procesamiento de emociones en personas mayores podría explicarse en parte por la disminución de la efectividad de determinadas zonas corticales, que conduce a la utilización de diferentes redes corticales a la hora de percibir emociones a través de la expresión facial (Gunning-Dixon *et al.*, 2003). Se ha propuesto que las personas mayores tienden a activar regiones corticales adicionales (regiones frontales) a la hora de llevar a cabo tareas que requieren un esfuerzo mental, posiblemente para compensar las disminución de la eficiencia de determinadas redes corticales a medida que avanza la edad (regiones temporo-límbicas). En tareas de discriminación emocional, en los participantes de menor edad se activa la amígdala y regiones próximas temporo-límbicas. Sin embargo, en participantes de edad avanzada se activan regiones frontales izquierdas.

Las expresiones faciales de personas mayores parece resultar también más difíciles de decodificar por los cambios estructurales en la cara relacionados con la edad (Malatesta et

decodificar por los cambios estructurales en la cara relacionados con la edad (Malatesta *et al.*, 1987) o por la tendencia a ser menos expresivos (Gross *et al.*, 1997; Malatesta *et al.*, 1987).

La distancia interpersonal también varía con la edad. El espacio personal tiende a aumentar a medida que los niños se hacen mayores (Aiello; De Carlo Aiello, 1974). Se espera que las normas culturales sobre las distancias adecuadas se adquieran alrededor de los 10 años (Knapp; Hall, 2010). En nuestra cultura, no se valora negativamente que los niños pequeños no respeten las distancias de las colas que se forman en algunos contextos (por ejemplo, parque de atracciones), pero según aumenta la edad sí se perciben negativamente si los niños no van adaptándose a las normas.

5. Estado emocional del receptor

El estado de ánimo puede producir sesgos interpretativos, es decir, una tendencia a interpretar la información en congruencia con el estado emocional presente en el momento. Por ejemplo, las personas ansiosas, que presentan mayor predisposición a padecer estados de ansiedad, tienden a hacer valoraciones más negativas de contextos neutros o de amenaza (Blanchette; Richards, 2010). El reconocimiento del estado emocional de otra persona puede estar modulado por el estado emocional del que observa, que actúa como filtro facilitando la selección de la información que confirma y justifica su propio estado emocional. La detección y la intensidad percibida acostumbran a ser congruentes con la reacción afectiva y con el nivel de activación del observador de la emoción, es decir, los estímulos congruentes emocionalmente serían más interesantes, llamarían más la atención y tendrían un procesamiento más profundo.

La emoción influye en la memoria. Bower (1981) indujo estados emocionales de alegría y tristeza, a través de sugestión hipnótica, en los participantes y encontró que las personas recordaban mayores porcentajes de experiencias que eran afectivamente congruentes con el estado emocional inducido. Por ejemplo, el estado emocional de alegría conducía a la persona a identificarse con otras personas alegres, y no con aquellas que muestraban tristeza, y a recordar más datos acordes con el estado emocional de alegría.

En las últimas décadas, diversos estudios muestran que los juicios se forman no solo sobre la base de la información de contenido, sino también sobre la de los sentimientos. Estar de buen o mal humor, tener sentimientos positivos o negativos hacia algo o alguien, o experimentar facilidad o dificultad cuando se recupera algo de la memoria influye en la formación de juicios (Forgas, 1995). El estado emocional afecta a la hora de aceptar o rechazar la veracidad de una expresión facial. Estados emocionales positivos conducen a percibir la expresión facial como genuina y estados emocionales negativos conducen a mayor escepticismo (Forgas, East, 2008; Greifeneder, Bless, Pham, 2011). Los juicios que hacemos sobre otras personas, en un estado de ira tienden a ser más negativos y exigentes que los que se hacen en un estado emocional de alegría, que acostumbran a ser más comprensivos y generosos.

6. Sesgos cognitivos

Una proporción de errores de diagnóstico son debidos a sesgos cognitivos como el error fundamental de atribución, el sesgo de confirmación, las creencias sesgadas o el efecto anclaje (Croskerry, 2003). Estos errores también son analizables desde el punto de vista de la comunicación no verbal.

El *error fundamental de atribución* consiste en la tendencia a subestimar la influencia de la situación y a sobreestimar la influencia de las disposiciones internas cuando se explica la conducta de otras personas. Por ejemplo, atribuir la cara de enfado de un paciente a su personalidad cuando puede ser debido a que el profesional sanitario apenas le mira a la cara cuando le habla.

Uno de los mayores obstáculos para resolver un problema es nuestra tendencia a buscar información que confirme nuestra ideas preconcebidas (Myers, 2007). El *sesgo de confirmación* tiene que ver con la tendencia a buscar pruebas que apoyen nuestras ideas antes de buscar pruebas que las refuten, a pesar de que estas últimas a veces son más evidentes. Por ejemplo, este sesgo se produce cuando el profesional considera que la persona tiene un estado de ánimo depresivo y presta fundamentalmente atención a señales no verbales que apoyan su diagnóstico e ignora aquellas que dan muestra de un estado de ánimo diferente (por ejemplo, manifestación de alegría o interés por algo durante la visita).

Las creencias pueden distorsionar el razonamiento lógico, ya sea haciendo que las conclusiones erróneas parezcan válidas o que las conclusiones válidas parezcan erróneas (*creencias sesgadas*). Tendencia a que las creencias distorsionen la lógica. Las deducciones pueden ser engañosas. El hecho de que no se detecte el comportamiento no verbal esperado en un momento en el que una persona ha perdido a un ser querido no significa la ausencia de emoción; las lágrimas no se relacionan únicamente con tristeza y dolor, sino que también pueden aparecer en episodios de intensa alegría y en ataques de risa; la ira puede ser una defensa contra la angustia; o la expresión de tristeza puede llegar después de recibir una buena noticia cuando se preveía una mala.

El *efecto anclaje* tiene que ver con que las primeras impresiones influyen en los juicios posteriores. En el ámbito clínico se relaciona con la tendencia a detectar aspectos destacados de la presentación inicial del paciente y el no ajustar la primera impresión a la luz de la información que se va obteniendo posteriormente. El comportamiento no verbal inicial del paciente puede generar una impresión determinada sobre su nivel de preocupación por su estado de salud que después permanece y no se contrasta.

7. Cultura

Aunque existe una predisposición biológica a mostrar patrones comunes de comunicación no verbal, los diversos entornos físicos y sociales en los que nos movemos influyen en la manera de comunicamos. Todos los comportamientos, verbales y no verbales se producen en un contexto cultural. Por ello, la interpretación va ligada al escenario en el que se produce y

contexto cultural. Por ello, la interpretación va ligada al escenario en el que se produce y, especialmente, al contexto cultural. Por ejemplo, las zonas corporales tabú en cuanto al contacto corporal varían según la cultura. En pueblos tribales de Nueva Guinea, las mujeres mayores y los varones saludan a sus interlocutores masculinos pasándoles la mano por el escroto en un movimiento de abajo arriba (Eibl-Eibesfeldt, 1970). Las madres y padres yanomami acarician y lamen la zona genital de sus hijos. Este tipo de comportamientos no estaría permitido en nuestra cultura.

Las diferencias culturales en la comunicación no verbal son evidentes cuando viajamos a otros países y observamos o interaccionamos con lugareños (Patterson *et al.*, 2002). Ya antes de preparar el viaje, cuando se consultan las guías sobre el país de destino, es habitual encontrar un apartado dedicado a normas de comportamiento propias de la cultura, en el que se hace referencia a la comunicación no verbal y a sus funciones de facilitación de la interacción social y de envío de señales de respeto para la cultura de acogida. Un determinado gesto o comportamiento no verbal habitual en nuestra cultura de origen y valorado positivamente puede ser mal visto y provocar reacciones inesperadas en los demás si se manifiesta fuera de nuestro país. Por ejemplo, si uno viaja a la India, puede tener dificultades para entender si la persona ha respondido afirmativa o negativamente. Tanto el *sí* como el *no* se expresan moviendo la cabeza de lado a lado, la diferencia entre ambos es la rapidez e intensidad del movimiento. Es decir, no se mueve la cabeza de abajo a arriba para decir *sí*, ni se gira la cabeza de derecha a izquierda para decir *no*, como ocurre en nuestro entorno. También se observan diferencias entre culturas a la hora de saludar. Si uno atraviesa los Pirineos y trata de saludar a una persona francesa, puede tener dificultades para entender sus códigos. Quizá detecte rápidamente que el abrazo y la palmadita en la espalda no es tan frecuente, pero el problema viene cuando hay que descifrar si hay que dar uno, dos, tres o cuatro besos.

Como se deduce, las culturas se rigen por normas de comportamiento, explícitas e implícitas, que pretenden prevenir el caos social y mantener el orden social (Matsumoto *et al.*, 2008). Funcionan como guía de pensamientos, sentimientos y comportamientos aceptados y esperados por el grupo en determinadas situaciones contextuales específicas (por ejemplo, no mirar a extraños en lugares públicos, no mantener el contacto visual durante mucho tiempo, no mirar fijamente a determinadas partes del cuerpo de una persona, mirar a una persona cuando habla). Algunas de estas normas pueden ser globales, pero mayoritariamente son específicas de cada cultura. Influyen en la expresión y regulación de las emociones y se aprenden desde la infancia (Ekman, Friesen, 1969; Matsumoto *et al.*, 2008; Patterson, 2010).

Patterson (Ekman, Friesen, 1969; Matsumoto *et al.*, 2008; Patterson, 2010) señala que las diferencias culturales en comunicación no verbal podrían clasificarse según diversas dimensiones: contacto-no contacto, individualismo-colectivismo y distancia del poder. La dimensión *contacto-no contacto* fue inicialmente propuesta por Hall (2003) a raíz de sus trabajos sobre la influencia de la cultura en los patrones de interacción. Sugiere que existen culturas de *alto contacto* que se caracterizan por interactuar en distancias más cortas, por mantener más orientaciones corporales directas y por mostrar mayor contacto. Serían culturas que dependen más de modos de comunicación táctiles y olfativos. En el extremo opuesto

estarían las culturas de *bajo contacto*, caracterizadas por preferir niveles más bajos de implicación y depender más de señales visuales. Remland, Jones y Brinkman (1995) encontraron diferencias entre los países del norte y del sur de Europa. Los italianos y griegos mostraban más contacto que los ingleses, franceses y alemanes. Beaulieu (2004) observó que el espacio personal varía con la cultura; los anglosajones utilizan mayor espacio que los latinos. Por ello, las personas de cultura anglosajona pueden sentirse invadidas trabajando en un mismo ambiente con personas latinas.

La dimensión *individualismo-colectivismo* proviene de los trabajos de Hofstede (1980; citado en Patterson, 2010). Las *culturas individualistas* se caracterizan por enfatizar la persona diferenciándola de otros miembros de la sociedad, favorecer las metas personales por encima de las del grupo de pertenencia y destacar valores como asertividad e independencia. Los miembros de estas culturas identifican mejor las expresiones emocionales negativas, al ser más propensos a manifestarlas en situaciones sociales, ya que reafirman la importancia del individuo. En el extremo contrario, las culturas *colectivistas* destacan la persona como parte de un grupo social más amplio, fomentan la colectividad y las relaciones comunales. En estas culturas prima la integración del grupo, de ahí la importancia de guardar las apariencias y la consecuente inhibición de estados e intenciones negativos para evitar el conflicto.

Komahashi *et al.* (1997) investigaron las diferencias en la expresión de estados de ánimo depresivo entre japoneses y canadienses. Encontraron que estos últimos expresaban con mayor claridad y espontaneidad su estado emocional depresivo en comparación a los japoneses. Rothbaum, Morelli, Pott y Liu-Constant (2000) observaron que los padres inmigrantes chinos, comparados con los padres euroamericanos, daban más importancia a la inhibición de expresiones de deseos y sentimientos en sus hijos. Hobara (2005) examinó los efectos de la cultura en las creencias sobre la expresión del daño. Los participantes euroamericanos, comparados con los japoneses, aceptaban más la expresión del daño tanto en hombres como en mujeres. Las dos culturas coincidían en encontrarlo más aceptable en mujeres que en hombres.

La dimensión *distancia del poder* también se relaciona con la obra de Hofstede (1980; citado en Patterson, 2010). Las culturas con *alta distancia de poder* se caracterizarían por presentar una clara jerarquía de poder y de influencia en la sociedad. Es esperable, por tanto, que la persona con poco poder muestre más comportamientos de respeto y de control cuando interactúa con un interlocutor con más poder (por ejemplo, mayor distancia, levantarse en la presencia del otro, evitación de expresiones faciales negativas). Algunos de los países que se situarían en este lado de la dimensión serían México, Colombia, Venezuela e India. Las culturas con *baja distancia de poder* se muestran más igualitarias y ofrecen más oportunidades para mejorar el estatus del individuo a lo largo del tiempo. Entre los países situados en este lado de la dimensión estarían Gran Bretaña, Alemania y Países Escandinavos.

En general, es importante destacar que a pesar de las diferencias culturales encontradas en estas dimensiones, la variación es relativamente pequeña, ya que la mayoría de las culturas no se encuentran en los valores extremos de las dimensiones (Matsumoto *et al.*, 2008; Patterson, 2010). Las diferencias intraindividuales dentro de cada cultura son frecuentes (por ejemplo, entre habitantes de zonas rurales y urbanas). Además, las normas culturales no son inmutables,

se van adaptando como consecuencia de los cambios sociales. Es de esperar que las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, junto con el aumento de desplazamientos intercontinentales, influyan en estas normas.

Singh, McKay y Singh (1998) señalan la necesidad de que los profesionales de la salud mental sean culturalmente sensibles durante la interacción médico-paciente. Determinados comportamientos no verbales pueden malinterpretarse si se analizan sin tener en cuenta la cultura de origen del paciente, ya que además la adaptación de cada individuo a una nueva cultura varía. Las fórmulas de saludos y despedidas difieren interculturalmente, algunos pacientes pueden mostrarse incómodos e interpretar como violación del espacio personal saludos que implican contacto corporal. Se recomienda tomar precauciones a la hora de realizar determinados gestos ante determinados pacientes, ya que pueden tener significados diferentes. En determinadas culturas (asiáticas, afroamericanas, hispánicas), los padres transmiten a sus hijos que mirar directamente a ojos a personas mayores o de estatus superior es de mala educación. Sin embargo, en culturas occidentales se interpreta como un signo de atención, interés y respeto. Por ello, se recomienda no forzar a determinados pacientes a mantener el contacto visual porque les puede violentar, ya que para ellos precisamente el respeto se encuentra en la ausencia de contacto visual. También es importante tener en cuenta que se pueden malinterpretar los sentimientos del paciente o sobreestimar o infravalorar su nivel de daño por una valoración errónea de la expresión facial (por ejemplo, ausencia de expresiones de daño por influencia cultural).

8. Características de personalidad

Las personas varían en su capacidad para enviar y detectar mensajes no verbales y esta habilidad comunicativa tiene importantes implicaciones para la interacción social (Perez; Riggio, 2003). En general, las personas extrovertidas parecen mostrar mayor competencia comunicativa tanto en la expresión de comportamientos no verbales como en la detección de los mismos (Knapp, Hall, 2010; Riggio, Riggio, 2002), son personas que tienden a comportarse de manera que atraen la atención social (Ashton; Lee; Paunonen, 2002). Algunos estudios han mostrado que las personas ansiosas tienen más dificultades (Knapp; Hall, 2010). Sin embargo, los resultados son menos consistentes que en el caso de la extroversión (Riggio; Riggio, 2002).

Por lo que respecta a las emociones, las personas son diferentes en cuanto a la capacidad para expresar y reconocer emociones, a la intensidad de la vivencia emocional, a los tiempos de reacción emocional y a la duración de la emoción. Hay personas a las que no les gustan las sorpresas, aunque sea a causa de algo positivo, y hay otras a las que les gusta que las sorprendan y continuamente buscan experiencias nuevas. Hay personas que lo pasan bien teniendo miedo y hay otros que evitan situaciones que puedan provocar esa emoción. No todo el mundo quiere recibir ayuda cuando está triste o angustiado, no todos sienten el sufrimiento de los demás o se siente motivado para ayudar y consolar a una persona desgraciada, y hay

individuos que disfrutan con el sufrimiento ajeno. Algunas personas tienen una curva de ira

pronunciada y dificultades para inhibir sus respuestas coléricas. Los hay que disfrutan con la ira, buscan nuevas discusiones y encuentran los ataques verbales excitantes y satisfactorios, mientras que otros los evitan.

9. Otros factores

Tema de conversación. Algunos temas de conversación pueden resultar embarazosos y afectar a componentes no verbales como el comportamiento visual, los gestos o la distancia interpersonal.

Características de la relación. Las interacciones con un familiar no son equiparables a las interacciones con un compañero de trabajo.

Características físicas. Las diferencias de altura entre los interactuantes afecta al resto de componentes.

Distancia. A medida que aumenta la distancia, tiende a aumentar la mirada. Sin embargo, si las personas están muy cerca, disminuye el contacto visual y se habla menos.

Capítulo VI

Alteraciones en el comportamiento no verbal del paciente

La competencia comunicativa no verbal del paciente, y en consecuencia su comportamiento social, pueden verse afectados por enfermedades físicas o mentales, tratamientos farmacológicos, intervenciones quirúrgicas, consumo de sustancias, trastornos de personalidad, etc. Todos estos factores pueden perturbar tanto la detección como la expresión de comportamientos no verbales. Es el caso de los pacientes que presentan *prosopagnosia*, un síndrome neurológico caracterizado por la incapacidad para reconocer la identidad de caras conocidas (Barton, 2003). También se conoce como *ceguera de la cara* o *agnosia facial*. Las personas con este trastorno tienen una función visual suficiente para ver, reconocen la mayoría de los objetos. Presentan una pérdida selectiva, lo que les impide reconocer las caras de amigos, familiares, personajes públicos e incluso de ellos mismos. Pueden reconocer algunas caras, especialmente aquellas que presentan características inusuales (por ejemplo, gafas, peinado, cicatrices). Normalmente, los pacientes son conscientes de su dificultad social. El contexto puede ayudar en el reconocimiento. En este sentido, los pacientes podrían reconocer al médico en el hospital, pero no en la calle. Para identificar a las personas, los pacientes con prosopagnosia dependen de la ayuda de otros componentes no verbales, como los gestos o los movimientos al andar.

El listado de enfermedades que producen cambios observables en la comunicación no verbal es considerablemente extenso. La observación de los mismos supone una información relevante para el diagnóstico. En algunos casos, el desajuste que sufren los componentes no verbales como consecuencia de enfermedades físicas puede dar lugar a interpretaciones erróneas sobre el estado emocional de la persona o conducir a juicios equívocos sobre las características de personalidad, actitudes, etc. Es el caso de las personas que padecen el *síndrome Möbius*, una condición neurológica rara que limita la capacidad de las personas afectadas para sonreír y mostrar otras expresiones faciales y la capacidad para mover los ojos hacia un lado, que se muestra alterada desde el nacimiento (Miller, 2007).

Las lesiones (por ejemplo, fractura ósea) y enfermedades en la cara (por ejemplo, dolor facial) pueden causar dolor y alterar su aspecto, por lo que pueden dificultar la comunicación e influir en las impresiones que se forman los demás (Siccoli; Bassetti; Sándor, 2006). Un accidente automovilístico o una pelea pueden causar un traumatismo facial que altere el aspecto físico de la persona (por ejemplo, pérdida de dientes, cara o huesos faciales deformes o desiguales, hinchazón o hematomas alrededor de los ojos, etc.). Las personas que presentan *parálisis de Bell*, un trastorno del nervio que controla el movimiento de los músculos de la cara, pueden mostrar: dificultades para cerrar un ojo; comisura de los labios caída; problemas para sonreír, hacer muecas o hacer expresiones faciales; o decaimiento o debilidad de los músculos de la cara que pueden ocasionar que esta se vea torcida.

La incapacidad para expresarse a través de los músculos faciales puede tener importantes

consecuencias sociales, ya que es la vía de expresión dominante de emociones como la alegría (Ekman, 1993). La cirugía puede devolver sonrisas. Es el caso de un niño con la cara paralizada al que se le injerta un músculo de la pierna en la mejilla. Según el propio equipo médico, la intervención quirúrgica permitirá que el paciente se sienta mejor, que interactúe con mayor facilidad y que perciba que es normal (Hadlock; Malo; Cheney *et al*., 2011).

Los defectos congénitos pueden producir un mal desarrollo de la cara y características raramente prominentes o falta de expresión facial. Por ejemplo, el *labio leporino* afecta al labio superior y al paladar, además de poder alterar también el habla. Los problemas de la vista, como la *pérdida de visión*, la *ceguera nocturna* o la *miopía*, pueden alterar la conducta visual de la persona (por ejemplo, menor contacto visual) y dificultar las interacciones sociales (por ejemplo, ausencia de saludo a persona conocida). El paralenguaje se puede ver afectado por trastornos de la voz, por una *traqueostomía* o por problemas del habla (por ejemplo, tartamudez).

El componente *gestos y otros movimientos corporales* se encuentra afectado en niños que presentan *tics faciales* o *tics que afectan al movimiento* de brazos, piernas u otras zonas del cuerpo. Generalmente, aparecen movimientos que ocurren una y otra vez y sin ritmo o movimientos breves y espasmódicos como parpadear, apretar los puños, encoger los dedos de los pies, abrir las fosas nasales, hacer muecas, mover las manos de forma espasmódica, patear, abrir la boca, levantar las cejas, encoger los hombros o sacar la lengua. Pueden aparecer tics verbales como chasquidos de lengua, gruñidos, silbidos, gemidos, resoplidos, chillidos, carraspeos, etc. El estrés acentúa los tics.

Ciertos comportamientos de postura anormal pueden ser un signo de lesiones específicas en el sistema nervioso y requerir atención médica inmediata. Es el caso de la *postura de descerebración*: consiste en mantener extendidos los brazos y las piernas, los dedos de los pies apuntando hacia abajo y la cabeza y el cuello arqueados hacia atrás. Los músculos se tensionan y se mantienen rígidos. En otros casos, la postura puede ser poco habitual o cambiarse con frecuencia a causa del dolor. Estar sentado puede empeorar el dolor de una persona que padece *hernia discal*.

Las personas que presentan un *trastorno del movimiento* tienen dificultades para desplazarse o caminar con normalidad o para levantarse de una silla, o puede suceder que algunas partes del cuerpo se muevan de manera involuntaria. Las enfermedades neurológicas causan diversos trastornos del movimiento. La *enfermedad de Parkinson* es un trastorno que afecta a las células nerviosas en una parte del cerebro que controla los movimientos musculares. Los síntomas pueden incluir: 1) temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara; 2) rigidez en los brazos, las piernas y el tronco; 3) lentitud de los movimientos; y 4) problemas de equilibrio y coordinación.

La detección de la presencia de trastornos mentales depende en gran medida de una observación precisa y fiable del comportamiento no verbal del paciente (Perez; Riggio, 2003). Es frecuente que la expresividad se encuentre afectada y, en algunas patologías, contribuya al mantenimiento del problema y a la aparición de recaídas. Destaca el daño que presentan algunos pacientes en el reconocimiento de emociones a través de la expresión facial, como es el caso de aquellos que padecen depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos del espectro

el caso de aquellos que padecen depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos del espectro

autista, esquizofrenia o Alzheimer (Williams *et al.*, 2009). La comunicación no verbal también es una herramienta útil para contrastar la mejoría del paciente a lo largo del tratamiento, ya que permite averiguar avances o empeoramientos. En los siguientes subapartados se describen algunos trastornos y las alteraciones más frecuentes a nivel no verbal.

1. Depresión

Tradicionalmente, la evaluación y el diagnóstico de la depresión se ha centrado en síntomas afectivos, cognitivos y fisiológicos. Hoy en día, se sugiere incorporar el análisis de síntomas interpersonales y comportamientos problemáticos en el ámbito social (Segrin, 2000).

En la mayoría de criterios diagnósticos recogidos en la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013), para el *trastorno de depresión mayor*, la comunicación no verbal juega un papel relevante. Como es obvio, no únicamente se debe observar el comportamiento no verbal del paciente, pero este es fácilmente apreciable en la entrevista clínica, herramienta fundamental de diagnóstico. A continuación se presentan algunos de los criterios y su relación con la comunicación no verbal:

- Criterio A1. «Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (por ejemplo, se le ve lloroso)». En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. Como se deduce, el estado de ánimo se puede apreciar a través de la observación del paciente. En el *DSM-IV* se señala que, en el principio de una entrevista clínica, el paciente puede negar verbalmente sentirse triste, pero su estado de ánimo puede desvelarse durante el transcurso de la misma. Las contradicciones entre la comunicación verbal y no verbal serán especialmente relevantes en los casos de negación verbal u ocultación/disimulación. «En algunos sujetos que se quejan de sentirse "pasotas", sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse en la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto» (pág. 327).
- Criterio A2. «Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)». El paralenguaje permitirá complementar o acentuar la descripción verbal del paciente de su pérdida de interés y de capacidad para experimentar placer. Es destacable que este criterio también puede detectarse gracias a la observación de otras personas.
- Criterio A3. «Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (por ejemplo, modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días». Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.La apariencia física es un componente no verbal que ayuda a

detectar este criterio y sugerir una evaluación más objetiva (por ejemplo, controles de peso).

- Criterio A4. «Insomnio o hipersomnia casi todos los días». Durante el transcurso de la entrevista en algún caso se podrán apreciar consecuencias de las alteraciones en el sueño, fundamentalmente cuando el problema es la falta del mismo (por ejemplo, ojeras, bostezos).
- Criterio A5. «Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento)».

El *DSM-5* incluye como indicadores de agitación comportamientos del tipo: incapacidad para sentarse y estar quieto, caminar de un lado a otro, retorcerse las manos, o tocarse o frotarse la piel, la ropa u otros objetos. Indicadores psicomotores de enlentecimiento serían: discurso, pensamiento y movimientos corporales ralentizados, aumento de las pausas antes de contestar, disminución del volumen, la inflexión, la cantidad o la variedad del contenido del discurso, o mutismo. Es destacable que este criterio debe ser detectado por los demás a través de la observación.

- Criterio A6. «Fatiga o perdida de energía casi todos los días». La postura, los gestos y otros movimientos corporales, el movimiento dentro del espacio y el paralenguaje pueden revelar este criterio.

Cuando las personas están bajo un estado de depresión, su comportamiento social se ve afectado, y dado que es claramente visible, estos pacientes son percibidos frecuentemente por los demás como socialmente poco habilidosos (Segrin, 2000). No está claro que los problemas en el ámbito social se deban a una falta de capacidad para comportarse apropiadamente, ya que pueden ser consecuencia de una falta de motivación, de la presencia de ansiedad o de sentimientos de culpa propios del cuadro depresivo. No obstante, es destacable que este comportamiento social alterado tiene un impacto negativo en la evolución de la patología. Se ha sugerido que los déficits sociales perpetúan el proceso depresogénico al provocar reacciones negativas en los demás; las personas significativas terminan mostrando actitudes de rechazo que repercuten negativamente en la autoestima del paciente (Bouhuys, 2003; Segrin, Abramson, 1994).

Otro dato remarcable relacionado con el impacto del comportamiento no verbal alterado son los resultados de estudios que muestran que los niños de madres con depresión muestran un estilo interactivo similar (recíproco) al de sus madres, es decir, menos expresividad facial, mayor evitación del contacto visual y menos vocalizaciones (Elgar; McGrath; Waschbusch; Stewart; Curtis, 2004).

Diferentes trabajos confirman la evidencia de afectaciones en la comunicación no verbal entre personas con depresión independientemente de la edad, el sexo y la cultura. Podemos afirmar que las personas que presentan depresión (Bouhuys, 2003; Hall *et al.*, 1995; Segrin, 2000) se diferencian de las personas sin depresión en los siguientes componentes no verbales:

- Paralenguaje. Hablan más lentamente, hablan menos, muestran más pausas y más largas, tardan más tiempo en responder (mayor latencia de respuesta), utilizan un tono monótono y bajo, presentan más vacilaciones.
- Expresión facial y movimientos de la cara. Muestran menos expresión facial de manera

involuntaria, excepto cuando se transmite tristeza, y muestran menos frecuencia de sonrisas.
- Conducta visual. Menos frecuencia de miradas dirigidas a la cara de los demás, tanto al hablar como al escuchar.
- Gestos y otros movimientos del cuerpo. Realizan menos gestos ilustradores y menos asentimientos de cabeza.
- Contacto corporal. Presentan más contacto corporal.
- Postura. Mantienen la cabeza inclinada hacia abajo (cabizbajos).

2. Esquizofrenia

En la evaluación de la esquizofrenia, también se encuentran indicadores diagnósticos que pueden localizarse a través del comportamiento no verbal del paciente en la consulta. Según se detalla en el *DSM-5*, las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de síntomas positivos (exceso o distorsión de las funciones normales) y negativos (disminución o pérdida de las funciones normales). Entre los síntomas positivos se encuentran el discurso desorganizado y el comportamiento muy desorganizado o catatónico. Entre los negativos, expresión emotiva disminuida o abulia.

La desorganización del discurso puede aparecer de diversas formas. La persona puede perder el hilo y saltar de un tema a otro (*descarrilamiento* o pérdida de las asociaciones); la relación entre las respuestas y las preguntas puede ser inexistente u oblicua (*tangencialidad*); y, ocasionalmente, la desorganización del discurso puede ser tan extrema que este sea prácticamente incomprensible.

La desorganización comportamental tiene un impacto en las actividades del día a día de manera que la apariencia de la persona se muestra alterada. Puede presentarse a la consulta exageradamente peinada, vestir de forma poco corriente (por ejemplo, extremadamente abrigada en un día caluroso de verano), mostrar un comportamiento sexual inapropiado (por ejemplo, masturbarse en público) o una agitación impredecible e inmotivada (por ejemplo, gritar o insultar).

La escasa expresividad, especialmente a nivel facial, es considerada como el principal indicador del aplanamiento afectivo, una característica central de los síntomas negativos en la esquizofrenia (Andreasen, 1982) y presente en el 66 % de los pacientes (Trémeau *et al.*, 2005). Otros indicadores de restricción de expresión emocional son el contacto visual pobre y la reducción de movimientos corporales.

El aplanamiento afectivo es un déficit de codificación, es decir, de expresión afectiva, no indica necesariamente una disminución de experiencia emocional. Parece ser que la actividad facial de los pacientes con esquizofrenia es más sutil y por ello no observable en comparación con pacientes controles (Kring; Earnst, 2003). Este resultado refuerza los datos que muestran que los pacientes con esquizofrenia no se diferencian de los controles en autoinformes sobre experiencia emocional. En general, las expresiones faciales de un individuo son perceptibles cuando la contracción del músculo facial lleva a movimientos en diferentes tejidos conjuntivos

de la piel. Sin embargo, si el movimiento del músculo facial es débil o las contracciones del músculo son discontinuas antes del correspondiente movimiento del tejido, la actividad muscular puede no traducirse en una expresión observable (Kring; Earnst, 2003), como ocurre en la esquizofrenia.

La alogia, o pobreza del habla, se detecta porque el paciente utiliza frases breves, concisas y vacías; y disminuye la fluidez y la productividad del habla.

La abulia se define como la incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. Se aprecia cuando la persona permanece sentada durante largo tiempo y muestra poco interés en participar en alguna actividad (por ejemplo, laboral o social).

En general, los pacientes con esquizofrenia presentan una restricción global de expresividad emocional similar a la de los pacientes con depresión (Trémeau *et al.*, 2005). Las alteraciones del comportamiento verbal consistentemente encontradas son (Berenbaum, Oltmanns, 1992; Hall *et al.*, 1995; Perez, Riggio, 2003; Trémeau *et al.*, 2005):

- Menos expresividad facial y pocas sonrisas.
- Escaso contacto visual.
- Poca gesticulación, especialmente gestos ilustradores, y escasos movimientos corporales.
- Mayor frecuencia de autocontacto.
- Ausencia de inflexiones vocales.

Pero el patrón distintivo de los pacientes esquizofrénicos en comparación a otro tipo de pacientes son los comportamientos estereotipados e idiosincráticos, y gestos y posturas inusuales (Hall *et al.*, 1995; Perez, Riggio, 2003).

Algunos autores han sugerido que los déficits en expresividad emocional puedan ser un efecto secundario de la medicación antipsicótica. Sin embargo, diversos estudios muestran que no existen diferencias entre pacientes esquizofrénicos que se encuentran bajo tratamiento farmacológico en comparación a los que no reciben (Kring, Earnst, 1999; Trémeau *et al.*, 2005).

3. Ansiedad social

Así como la depresión y la esquizofrenia se caracterizan por afecto plano y retardo psicomotor, la ansiedad social se distingue por la presencia de activación fisiológica, que puede dar lugar a una respuesta agitada (Perez; Riggio, 2003). En las personas que manifiestan ansiedad social pueden aparecer signos objetivables de ansiedad, como manos frías y pegajosas, temblores, voz vacilante o enrojecimiento facial.

Los resultados sobre las habilidades sociales de personas con ansiedad social son mixtos (Hofmann, Gerlach, Wender *et al.*, 1997; Perez, Riggio, 2003), en parte por la alta variabilidad intraindividual. Algunos investigadores han sugerido que personas que presentan un desempeño social pobre pueden no sufrir un déficit de habilidades sociales, ya que en privado son capaces de mostrar determinados comportamientos de manera adecuada y, sin

embargo, presentan ansiedad cuando lo tienen que hacer delante de otros y en algunos casos los evitan. La alta sensibilidad emocional que presentan ante reacciones emocionales de los demás causa inhibición del comportamiento expresivo cuando los otros reaccionan negativamente (expresiones faciales de enfado o crítica) (Perez; Riggio, 2003), lo que puede explicar por qué son valoradas como menos habilidosas socialmente. Parece existir un sesgo memorístico hacia caras de crítica, enfado y rechazo.

No obstante, sí son frecuentes algunas alteraciones del comportamiento no verbal. La evitación del contacto visual es un signo de ansiedad social, al igual que afectaciones en el paralenguaje (Hofmann *et al.*, 1997). Los cambios fisiológicos asociados con la presencia de ansiedad pueden aumentar la tirantez de los músculos laríngeos y de las cuerdas vocales y suponer un aumento del tono de voz (Laukka *et al.*, 2008). En el estudio presentado por Hofmann, Gerlach, Wender y Walton (1997), se detectó que las personas que presentaban ansiedad social se diferenciaban de las que no porque mostraban más pausas de relleno, pausas de silencio más largas y se detuvieron con más frecuencia. Laukka *et al.* (2008) detectaron que la mejora del estado de ansiedad se relaciona con disminución del tono de voz y del número de pausas.

Las personas con ansiedad social tienden a puntuar erróneamente su propio comportamiento no verbal, es decir, muestran una tendencia negativa en la evaluación de su actuación. Sin embargo, tienden a mostrar un sesgo positivo en la evaluación del comportamiento de los demás (Alden, Wallace, 1995; Rapee, Lim, 1992). El uso de conductas de seguridad para evitar situaciones temidas (evaluación negativa de los demás), tales como hablar poco y evitar el contacto visual en una situación grupal (Wells, 1997), precisamente puede hacer más probable la situación temida, ya que este tipo de comportamientos no son valorados positivamente por los demás (Alden, Wallace, 1995).

4. Trastornos del espectro autista

Los trastornos del espectro autista constituyen un síndrome heterogéneo del neurodesarrollo que presentan un comienzo temprano (Geschwind, Levitt, 2007). Aunque existe una gran variabilidad en la gravedad de los síntomas y en el funcionamiento intelectual de las personas diagnosticadas, es común que muestren dificultades en la interacción, alteración de la comunicación y patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados (Filipek *et al.*, 2000).

Dado que una gran parte de niños con autismo no han desarrollado un lenguaje significativo, los comportamientos sociales no verbales son de especial importancia para identificar y tratar el autismo (McGee, Morrier, 2003). Se ha sugerido la evaluación de la edad mental no verbal como la estimación más precisa del funcionamiento intelectual de los niños con autismo, porque sus edades mentales verbales a menudo se confunden con característicos retrasos en el lenguaje (McGee; Morrier, 2003). Incluso después del desarrollo del lenguaje verbal, las dificultades tanto en expresión como en comprensión de las señales sociales no verbales persisten.

De ahí la inclusión de la evaluación de comportamientos no verbales en instrumentos de evaluación como el *Autism Diagnostic Observation Schedules* (ADOS) y el *Autism Diagnostic Interview* (ADI). Entre los componentes que incluyen ambas pruebas se encuentran: mirada, sonrisa social y recíproca, gestos, expresión facial, contacto corporal y gestos.

Los comportamientos no verbales que se asocian frecuentemente con autismo tienen que ver con alteraciones en comportamientos que regulan la interacción social, los más frecuentes son (Dawson, Webb, McPartland, 2005; McGee, Morrier, 2003):

- Contacto visual inconsistente.
- Ausencia de gestos comunicativos, es poco probable que utilicen gestos con el propósito de compartir el interés por un objeto.
- Ausencia de sonrisa social.
- Lenguaje idiosincrático; voz monótona, voz aguda o voz muy baja.
- Manierismos motores estereotipados (postura inusual o movimientos del cuerpo que se relacionan frecuentemente con intentos comunicativos), como sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.
- Ausencia del inicio de interacciones (no muestra, no lleva o no señala objetos de interés a los demás).
- Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- Fracaso en la detección de comportamientos sociales no verbales en los demás.
- Contacto corporal peculiar; manipulación de la mano de otra persona (padres, profesional) de manera que parece una herramienta.

En un estudio retrospectivo, Osterling y Dawson (1994) grabaron la fiesta del primer año de cumpleaños de niños con y sin autismo, y compararon sus comportamientos. Los niños con autismo se diferenciaban de los de la misma edad en que no llevaban cosas para mostrar a sus padres, no señalaban objetos de interés, no miraban a otras personas y parecía que no reaccionaban cuando se pronunciaba su nombre. Los resultados permitían afirmar que los niños que posteriormente presentaron autismo habían mostrado problemas en el comportamiento social no verbal a la edad de un año. En esta línea, la Academia Americana de Neurología ha establecido directrices para fomentar en los profesionales el estar alerta a signos de autismo en niños muy pequeños. Entre ellos: fracaso para sonreír en situaciones sociales, preferencia por jugar solo, mostrar poco interés en otros niños y tratar de conseguir cosas de manera independiente más que pidiendo ayuda (Filipek *et al.*, 2000).

5. Otros trastornos mentales

A continuación se señalan brevemente alteraciones en los componentes de la comunicación no verbal de otros trastornos mentales.

Trastornos de la conducta alimentaria

En la exploración física, las pacientes *anoréxicas* pueden presentar:

- Signos de malnutrición, marcado peso corporal bajo.
- Sequedad de la piel, piel seca arrugada y fría.
- Lanugo (vello fino y largo, tipo pelusa) en mejillas, brazos y espalda.
- Cabello seco, lacio y frágil.
- Facies pálida o amarillenta.
- Ojos hundidos y sin brillo.
- Alteración del esmalte dental.
- Cicatrices o callos en el dorso de la mano.
- Uñas quebradizas.
- Edemas en las extremidades inferiores.
- Abdomen excavado, vientre globuloso.
- Curvatura de la zona dorsal de la columna vertebral.

Es habitual que presenten poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional. Pueden aparecer con prendas claramente grandes que oculten su físico o más abrigadas que el resto de pacientes como consecuencia de la disminución de de la temperatura del cuerpo.

En la exploración física, las pacientes bulímicas pueden presentar:

- Erosión del esmalte dental.
- Heridas en los nudillos.
- El rostro puede redondearse como consecuencia del aumento de las glándulas salivares.
- Generalmente se sitúan dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos pueden presentar desviaciones por encima o por debajo de la normalidad.
- Signos de autolesiones como forma de autocastigo (por ejemplo, pequeños cortes, pinchazos, quemaduras, etc.).

La preocupación excesiva por su peso corporal y su silueta influye en la vestimenta. Pueden hacer uso de ropa cómoda y suelta para evitar la sensación de plenitud e hinchazón (por ejemplo, chándales).

Trastornos por consumo de sustancias

La intoxicación por consumo de alcohol puede provocar la presencia de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo (movimiento involuntario de los ojos), rojeces en la piel, etc. El olor del aliento puede servir como demostración de consumo. La persona puede presentar fracturas o hematomas como consecuencias de caídas, accidentes o peleas. El consumo de alcohol parece deprimir la capacidad para interpretar expresiones faciales, especialmente la identificación de ira y asco en hombres (Hall *et al.*, 1995). La abstinencia de alcohol puede causar temblores en las manos y ansiedad.

La intoxicación por consumo de heroína puede provocar disforia, agitación o inhibición

psicomotora, constricción pupilar (pupilas puntiformes), somnolencia (cabezadas) y lenguaje farfullante. Entre los signos propios de la abstinencia destacan: lagrimeo o rinorrea, midriasis (dilatación pupilar), piloerección o aumento de la sudoración y bostezos.

La intoxicación con consumo de cocaína puede provocar cambios comportamentales como euforia, inquietud, sensibilidad interpersonal, charlatanería, ansiedad, tensión, comportamientos estereotipados y repetitivos, rabia o cólera. Si la intoxicación es crónica, pueden detectarse muestras de cansancio, tristeza y afectividad embotada. Muestras de signos fisiológicos observables son la dilatación pupilar, sudoración o escalofríos, pérdida de peso, agitación o retardo psicomotor.

Trastornos de la personalidad

El *trastorno esquizoide de la personalidad* se caracteriza por un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal. Pueden parecer indiferentes a la aprobación o la crítica de los demás. A menudo no responden adecuadamente a las normas sociales, de forma que parecen socialmente ineptos o superficiales y enfrascados en sí mismos. Habitualmente, muestran un aspecto «blando», sin actividad emocional observable y con pocos gestos o expresiones faciales de reciprocidad, como sonrisas o cabeceo. Frecuentemente manifiestan una afectividad restringida y se muestran fríos y distantes.

Las personas con *trastorno esquizotípico de la personalidad* muestran un comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar. Manierismos poco corrientes, una forma tosca de vestir que «no se lleva» y una falta de atención a las convenciones sociales habituales (por ejemplo, puede evitar el contacto social, vestir ropas teñidas y mal hechas y ser incapaz de participar en las bromas con los compañeros de trabajo).

Las personas con *trastorno límite de la personalidad* pueden presentar signos de automutilación (cortase o quemarse), ira inapropiada o intensa.

Entre los criterios diagnósticos del *DSM-5* para el *trastorno histriónico de la personalidad*, se encuentran «utilizar permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo», y «muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional» (por ejemplo, abrazando con demasiado ardor a gente que conocen poco, sollozando descontroladamente por cuestiones sentimentales menores o con berrinches de mal genio). En general, son personas vivaces y dramáticas.

Psicopatía

Las personas con rasgos de personalidad psicopática presentan unas características particulares a diversos niveles: interpersonal (por ejemplo, encanto superficial, mentira patológica), afectivo (por ejemplo, ausencia de remordimiento, insensibilidad afectiva o ausencia de empatía), estilo de vida (por ejemplo, orientación o tendencia parasitaria, impulsividad) y antisocial (por ejemplo, problemas de conducta en la infancia, pobre control del comportamiento).

Diversos estudios han encontrado que aquellos con puntuaciones altas en características de

personalidad psicopática tienen dificultades para procesar fundamentalmente expresiones de miedo y tristeza, tanto en la infancia como en la edad adulta (Blair, Morris, Frith, Perrett *et al.*, 1999; Blair, Colledge, Murray *et al.*, 2001; Blair, 2003; Montagne *et al.*, 2005; Stevens, Charman, Blair, 2001), y también de asco (Kosson; Suchy; Mayer *et al.*, 2002). Parecer ser que las expresiones de miedo y tristeza no actúan como estímulos incondicionados (Blair, 2003), y como consecuencia, las personas no aprenden a evitar comportamientos que producen daño a los demás (Blair, 1995). También se ha observado que presentan dificultades para distinguir frases según el tono emocional (Williamson, Harpur, Hare, 1991).

Algunos trabajos han destacado relaciones entre psicopatía y comportamientos no verbales. Rimé *et al.* (1978) encontraron que los adolescentes con puntuaciones más altas en psicopatía dirigían la mirada al entrevistador durante más tiempo, mostraban más movimientos de manos, sonreían menos y pasaban más tiempo inclinados hacia delante. Louth *et al.* (1998) detectaron que, en una situación de entrevista, los delincuentes psicópatas se mostraban más tranquilos al hablar que los delincuentes no psicópatas. Se ha sugerido que los psicópatas probablemente utilicen estrategias no verbales para dominar las relaciones interpersonales con el objetivo de engañar a los demás. Klaver, Lee y Hart (2007) observaron recientemente que delincuentes con características de psicopatía mostraban verborrea, aumento de parpadeo, gestos ilustradores y dudas y vacilaciones del habla. Durante la mentira, los más psicópatas hablaban más rápido y mostraban aumentos en el parpadeo y movimientos de cabeza.

Capítulo VII

El comportamiento no verbal del médico

La práctica clínica tiene lugar en diferentes escenarios, como es el caso de un centro hospitalario, un centro de atención primaria, una visita domiciliaria, o una primera visita, de seguimiento o de urgencias. Sin embargo, los objetivos generales y las competencias comunicativas individuales del médico son altamente consistentes independientemente del contexto en el que se produzca el encuentro (Silverman *et al.*, 2008). En este sentido, una de las finalidades clave es la construcción de la relación médico-paciente. Esta tarea se lleva a cabo a lo largo de toda la entrevista clínica. De su éxito dependerán diversos resultados como la información facilitada por el paciente, la adherencia al tratamiento, la satisfacción y el bienestar tanto del paciente como del profesional de la salud, y la utilización eficaz de recursos de salud entre otros.

Además de ser un buen observador y reconocer las señales no verbales de los pacientes (Boudreau; Cassell; Fuks, 2008), el médico necesita prestar atención a su comportamiento no verbal y entrenarse en aquellos comportamientos específicos que se han asociado con resultados favorables desde el punto de vista médico. Como se ha comentado anteriormente, el estado emocional del paciente se muestra alterado cuando existe un problema de salud o existen factores externos que lo perturban (por ejemplo, tiempo de espera para ser atendido), lo que le convierte en especialmente sensible al comportamiento no verbal del profesional de la salud. Por ello, el médico puede ayudar a regular el estado emocional del paciente a través de su comportamiento no verbal.

Es el caso de un paciente que entra en la consulta molesto porque lleva esperando en la sala veinte minutos. Si el profesional utiliza un tono distante y no muestra una expresión facial de empatía, el malestar emocional del paciente se puede agudizar y amenazar el éxito del encuentro. Sin embargo, si el médico recibe al paciente con otro tipo de comportamientos no verbales (por ejemplo, tono cordial, contacto ocular, ligera sonrisa), puede ayudar a que el paciente se calme y se sienta en buena disposición para facilitar información y colaborar con el profesional en la toma de decisiones sobre su tratamiento. El encuentro será más gratificante para ambos y el tiempo de la visita se habrá utilizado con mayor eficacia.

En general, los comportamientos no verbales que más valoran los pacientes y que ayudan a construir un buen *rapport* y mostrar empatía son (Collins *et al.*, 2011; Griffith *et al.*, 2003; Hall *et al.*, 1995; Haskard *et al.*, 2008; Mast, 2007):

- Sonrisa (moderada)
- Contacto visual frecuente
- Expresividad facial
- Inclinación hacia delante
- Asentir con la cabeza

• Gesticulación moderada

• Distancia interpersonal apropiada
• Tono de voz cálido, relajado e interesado
• Escucha activa y no hablar demasiado

El profesional de la salud necesita mostrar habilidades comunicativas al construir la relación médico-paciente, al abrir la discusión, al recoger información, al comprender la perspectiva del paciente, al informar y motivar al paciente y al proporcionar el cierre (Makoul, 2001). En todos los casos, el comportamiento no verbal es central.

1. Recibimiento e inicio de la relación médico-paciente

Muchos de los problemas de comunicación se producen en esta fase inicial y dificultan la obtención de la razón más importante por la que el paciente acude a la consulta (Silverman *et al.*, 2008). No siempre lo que el paciente declara como motivo de consulta en primera instancia es lo que de verdad desea consultar (Borrell, 2004; Roter; Hall, 2006). Además, los pacientes se muestran reticentes a explicar su malestar (Kruijver; Garssen; Visser *et al.*, 2006), lo que contribuye a que los clínicos tiendan a infravalorar los problemas del paciente y los problemas psicosociales queden sin diagnosticar (Ford; Fallowfield; Lewis, 1994; Ford; Fallowfield, Lewis, 1996; Passik *et al.*, 1998).

En el día a día, nos encontramos continuamente en situaciones en las que la importancia del recibimiento queda patente y puede explicar un comportamiento posterior de rechazo o de aceptación. En alguna ocasión, es posible que nos hayamos marchado de un restaurante sin haber llegado a pedir por sentirnos molestos con el trato recibido durante los primeros minutos. El cómo somos recibidos en una entrevista de trabajo influye en la impresión que nos formamos de la empresa y nos motiva a querer trabajar en la misma o, contrariamente, nos quita las ganas. Las entidades bancarias, los hoteles, las academias de idiomas, etc., todos ellos tienen claro que la recepción es fundamental para asegurarse la fidelidad del cliente

Los primeros minutos de una interacción interpersonal son claves en la formación de impresiones. En un contexto clínico, es precisamente en este momento cuando se empieza a construir la relación terapéutica, el médico intenta identificar los problemas que el paciente desea discutir y se empieza a plantear el curso de la entrevista. Normalmente, la información que se obtiene en los primeros minutos es la que se trata durante la consulta (Ruusuvuori, 2001; Silverman *et al.*, 2008). Los pacientes tienden a explicar los problemas psicosociales al final de la visita, cuando han roto el hielo y han ganado confianza con el médico (Roter; Hall, 2006). Por ello, todos los comportamientos nos facilitan información sobre el paciente, la manera de entrar a la consulta (por ejemplo, mirada dirigida al suelo y contacto visual prácticamente inexistente), de sentarse (por ejemplo, escoge la silla que está detrás del ordenador), de hablar (por ejemplo, interrumpe al médico y no le deja hablar), de responder a preguntas (por ejemplo, baja el tono de voz y mira al suelo según el tema de conversación), etc. (Borrell, 2004) De la misma manera, el comportamiento no verbal del médico influye en

etc. (Borrell, 2004) De la misma manera, el comportamiento no verbal del médico influye en la impresión que se forma el paciente. En estos primeros minutos se crea la escena para el resto de la visita médica, se producen reajustes conductuales que pueden determinar el curso de la consulta y de la relación (Borrell, 2004; Silverman *et al.*, 2008).

Una buena acogida es aquella que se percibe como cordial. Existen una serie de comportamientos no verbales que se han denominado *marcadores de clima de cordialidad* (Borrell, 2004). Los más destacados son: sonrisa, contacto visual, dar la mano, tono cordial y orientación corporal (Borrell, 2004; Robinson, 1998; Ruiz-Moral, 2004; Ruusuvuori, 2001; J. Silverman *et al.*, 2008). No es estrictamente necesario utilizar todos, pero sí se recomienda al menos uno. Dar la mano al recibir a un paciente en la consulta o a todos los pacientes que se visitan en una habitación de un hospital no es obligatorio. En todo caso, es importante tener presente que los componentes no verbales están relacionados, de ahí que si no existe sintonía entre ellos el marcador cordial utilizado puede perder su valor. Si recibimos al paciente dándole la mano al mismo tiempo que nuestro cuerpo no está orientado al paciente y no mantenemos contacto ocular, puede provocar el efecto contrario.

El paciente necesita sentir que se le está prestando atención y que hay interés en saber lo que le pasa y cómo lo vive. Mantener el contacto ocular, sin llegar a ser extremo, transmite esta sensación. Este comportamiento no verbal se tiende a interpretar como que el médico está disponible, y con ello se facilita la implicación del paciente o de los familiares (Robinson, 1998). Mirar al paciente se ha descrito como un comportamiento centrado en el paciente. Sin embargo, el médico se sitúa ante la difícil tarea de tener que dividir su atención entre dos fuentes principales de información: el paciente y los documentos que obtengan información médica (Robinson, 1998; Ruusuvuori, 2001).

La falta de contacto ocular por parte del médico puede provocar malestar en el paciente y causar pérdida de información. Heath (1984) examinó las consecuencias de leer el informe del paciente al mismo tiempo que se le escucha, y observó cierta coordinación entre la participación verbal del paciente en la consulta y el comportamiento no verbal del médico. Concretamente, detectó que: a) los pacientes retenían sus respuestas a las preguntas del médico hasta que se restablecía el contacto visual; b) los pacientes se paraban en medio de su discurso cuando los médicos dirigían la mirada a sus notas y continuaban cuando se restablecía el contacto visual; c) los pacientes realizaban movimientos corporales dirigidos a captar la atención visual del médico si leía las notas mientras el paciente hablaba; d) la fluidez verbal del paciente empeoraba si el médico miraba a otro lado y se recuperaba cuando se restablecía la mirada; y e) el médico tendía a perder u olvidar información facilitada mientras leía notas.

Contrariamente a lo que pudiera parecer, el uso del ordenador, si se integra adecuadamente, no afecta negativamente a la comunicación entre el profesional y el paciente. Los pacientes no consideran negativa la introducción del mismo en las consultas (Garrison, Bernard, Rasmussen, 2002; Strayer, Semler, Kington *et al.*, 2010). Se han propuesto algunas estrategias comunicativas dirigidas a solventar el problema de necesitar tanto escuchar la historia del paciente como leer, ya sea en el ordenador o en papel (Heath, 1984; Ruiz-Moral, 2004; Ruusuvuori, 2001). Entre ellas:

- Posponer deliberadamente los informes y el ordenador hasta que el paciente haya finalizado su apertura.
- Evitar eliminar el contacto visual en momentos cruciales de presentación del problema por parte del paciente. Utilizar momentos oportunos para mirar las notas, como cuando se concluye la fase de obtención de información. Es recomendable avisar al paciente de que se va a proceder a leer la información y, por tanto, se interrumpirá el contacto visual.
- Establecer una clara separación entre escuchar y leer notas. El avisar al paciente cuando se procede a leer y cuando se ha terminado permite que este entienda que el proceso y las pausas no suponen una pérdida de información al existir una sincronización entre el discurso y la mirada.
- Evitar dejar al paciente un tiempo prolongado sin contacto ocular durante la lectura; enviar señales verbales o no verbales que mantengan la relación.
- Introducir facilitadores verbales («siga, por favor, le escucho») o no verbales (por ejemplo, asentir con la cabeza, retomar el contacto visual, «hum») cuando el profesional detecta que el paciente ha interrumpido su discurso.
- Mantener la parte baja del cuerpo orientada hacia el paciente cuando se retira el contacto ocular para leer.

El ambiente puede inhibir o distraer al paciente, así como provocar que el médico facilite información no precisa o incompleta (Silverman *et al.*, 2008).

Existen componentes no verbales estáticos que también deben tenerse en cuenta en el momento de la recepción (Borrell, 2004; Buetow, 2009; Ruiz-Moral, 2004; Silverman *et al.*, 2008), como:

- Apariencia física del médico (por ejemplo, indumentaria adecuada, higiene, identificación)
- Orden en la mesa (impresos, recetas, etc.).
- Situar el ordenador a un lado, sin perder el campo visual y sin interponerlo entre el paciente y el médico.
- Ventilar y climatizar la habitación de manera adecuada, luz apropiada.
- Procurar un entorno asistencial adecuado. Evitar las visitas de pasillo, interrumpiendo otra tarea, o sin las condiciones necesarias (historial, tiempo y privacidad).

Otra de las maneras de demostrar interés y respeto al paciente es atendiendo a su confort físico (Silverman *et al.*, 2008). Se recomienda acomodar al paciente y esperar a que se siente para empezar a hablar sobre aspectos importantes. La acomodación se puede hacer tanto verbal como no verbal. Si el médico también se encuentra sentado, su postura es menos intrusiva y da la impresión de que se sitúa en posición de atención, sin prisas, dispuesto a compartir con el paciente el tiempo necesario.

2. Obtención de información y escucha activa

2. Obtención de información y escucha activa

La obtención de información condiciona todas las fases posteriores de la consulta médica. Una de las quejas habituales de los pacientes es que los médicos no les escuchan (Boudreau *et al.*, 2009). Por ello, es importante que el médico mantenga una actitud general de escucha, que le permita facilitar la comunicación durante la entrevista y obtener más información del paciente, además de establecer un clima de respeto e interés y regular momentos complicados durante la visita médica.

La tarea es compleja, el médico debe escuchar atentamente no solo a lo que se dice, sino también a lo que quiere decir y al significado que tiene el problema para el paciente; todo ello sin olvidar que es necesario mostrar empatía, ser respetuoso y comprensivo (Ruiz-Moral, 2004). El médico necesita entrenarse en estrategias comunicativas que le permitan atender y entender lo que explica el paciente, al mismo tiempo que le transmite a este la sensación de que está siendo escuchado.

Se trata de una escucha activa y altamente habilidosa (Silverman *et al.*, 2008), que puede tener un impacto positivo o negativo en el paciente, en el profesional y en la relación que ambos mantienen (Boudreau *et al.*, 2009). Cuando una persona se siente escuchada percibe que es bien recibida, respetada y considerada, tiende a sentirse cómoda y a expresarse con mayor facilidad. Pero si percibe que el médico no escucha o está haciendo como si escucha, tiene el efecto contrario. Las contradicciones, en este contexto de la visita, no son bien recibidas. Es posible que, en nuestra vida cotidiana, nos haya ocurrido que hablando con alguna persona conocida se enfade y nos diga «*¡escúchame!*» Nuestro comportamiento no verbal ha influido en que la persona haya tenido la sensación de no sentirse escuchada. Esta situación se puede extrapolar al contexto clínico, con la diferencia de que el paciente se guardará su sensación y no la verbalizará abiertamente en la mayoría de los casos.

A continuación se describen algunos elementos y técnicas comunicativas no verbales que permiten desarrollar la habilidad de escucha activa del médico (Ruiz-Moral, 2004; Silverman *et al.*, 2008):

- Manejo de la reactividad. Se entiende por reactividad del médico el tiempo que tarda en intervenir después de que el paciente ha hablado. Se recomienda dejar un tiempo, esperar y no reaccionar de manera inmediata. El silencio funcional tiene doble ventaja: a) permite que el paciente piense antes de responder o continuar después de hacer alguna pausa, que participe más y de manera más eficaz, y completar frases sin ser interrumpido; y b) ayuda a que el profesional tenga más tiempo para escuchar, pensar y responder con más flexibilidad. Guardar silencio por parte del médico no significa estar ausente. Es importante que otros componentes no verbales actúen, como es el caso de la postura o la dirección de la mirada.
- Facilitadores. Los facilitadores tienen como objetivo ayudar al paciente a iniciar o continuar su relato, a indicar, sugerir o prejuzgar los contenidos del mismo (Borrell, 2004). Entre las técnicas facilitadoras no verbales destacan las siguientes: inclinarse hacia delante acercándose al paciente, mirar con interés, sonreír si es adecuado, mover la cabeza asintiendo, mover las manos haciendo gestos que sustituyen un «continúe, por favor», etc. También se utilizan vocablos sin significado específico que actúan cada vez que el paciente

También se utilizan vocablos sin significado específico que actúan cada vez que el paciente

hace una pausa, se le anima a seguir hablando mediante términos como *mmm, ya..., ajá, ah…*, etc.

Otra manera de facilitar el discurso del paciente es a través de comportamientos recíprocos. Por ejemplo, cuando un paciente manifiesta el dolor que siente, utilizar una expresión facial de dolor.

- Pistas. Observar y escuchar activamente al paciente permite detectar pistas no verbales de información que el paciente no expresa abiertamente. Cuando se detectan las pistas, se recomienda seguirlas hasta contrastar la información. Por ejemplo, «María, su tono de voz me hace pensar que no está muy convencida».
- Habilidades no verbales. La comunicación no verbal del médico es el canal principal para transmitir al paciente interés y respeto. Los comportamientos no verbales más relevantes son: contacto visual (evitar la mirada fija), postura atenta y relajada (inclinación hacia delante, brazos abiertos), sonrisa moderada, paralenguaje (pausas, tiempo de habla equilibrado, facilitadores vocales), asentir con la cabeza y orientación corporal hacia el paciente.

3. Exploración

La exploración física pretende obtener información objetiva relacionada con los síntomas que refiere el paciente. Es el momento de la visita médica en el que se invade el espacio íntimo del paciente, el contacto corporal se vuelve inevitable. El médico, a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente, recoge la información que estima oportuna. Esta fase de la visita médica puede resultar incómoda. Por ello, se recomienda anticipar verbalmente que se va a producir y explicar el porqué y el cómo se va a realizar, acompañado de comportamientos no verbales apropiados (por ejemplo, el tono de voz). Se consideran comportamientos intrusivos el aproximarse de repente y sin haber recibido «permiso» (Hansson; Kihlbom; Tuvemo; Rodriguez, 2009). La apariencia física del paciente puede ser indicadora de que sea un momento especialmente delicado para algunos pacientes (por ejemplo, indumentaria religiosa).

El médico debe esperar a que el paciente se desvista y se ponga cómodo, no invadir el momento, evitar la mirada directa al cuerpo del paciente y pedir permiso para acercarse con un tono cálido y calmado (por ejemplo con un «¿ya está listo?»). De la misma manera, también debe procurar que el paciente se vista en la intimidad. En la medida de lo posible, es aconsejable hablar con los pacientes cuando están totalmente vestidos.

4. Explicación y planificación y cierre de la sesión

De todos los comportamientos no verbales que se han comentado en otros momentos del encuentro clínico, el paralenguaje es especialmente relevante en la fase de explicación y

planificación. El médico necesita entrenar su manera de hablar para evitar una voz inaudible y monótona, problemas de dicción, entonaciones inadecuadas y un uso ilimitado del tiempo de habla, que conducen a la inatención del paciente, así como a dificultar la comprensión de la información y amenazar el recuerdo de la misma (Borrell, 2004).

Existe poca investigación sobre las estrategias de despedida más efectivas (Ruiz-Moral, 2004). En todo caso, al igual que el recibimiento, debe despedirse al paciente de manera cordial, incluyendo comportamientos como sonrisa, contacto visual, contacto físico o acompañar hasta la puerta. En los momentos antes del cierre, se recomienda no pasar por alto cualquier indicio de insatisfacción del paciente.

Capítulo VIII

Una propuesta práctica de entrenamiento en comunicación no verbal

En este apartado se pretende ofrecer una guía básica de formación teórico-práctica que pueda servir para estudiantes, educadores y profesionales del ámbito de las Ciencias de la Salud. Parte de la propuesta que se describe a continuación se ha puesto en marcha en estudiantes de segundo curso del Grado en Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) (Molinuevo *et al.*, 2011). Las competencias que se entrenan sirven de base para la formación en entrevista clínica que los alumnos reciben durante el tercer curso de carrera.

El programa de entrenamiento se basa en los siguientes principios básicos, que deben tenerse en cuenta antes de comenzar:

a) La comunicación es una competencia esencial de la práctica clínica.

b) La relación médico-paciente implica comunicación verbal y no verbal.

c) El médico y el paciente pueden influirse mutuamente a través del comportamiento no verbal.

d) La comunicación no verbal facilita información sobre emociones, actitudes, intenciones, necesidades, deseos, estados físicos, personalidad y engaño.

e) Los procesos de salud y enfermedad se relacionan con las conductas, las emociones, los sentimientos, las creencias, las expectativas, las actitudes y los deseos de las pacientes.

f) Las ideas, preocupaciones, expectativas y emociones del paciente tienden a expresarse a través de señales no verbales.

g) El estado emocional del paciente varía durante la visita médica.

h) La expresión facial es un componente primordial a la hora de transmitir información emocional.

i) Los patrones de comportamiento no verbal tienden a ser bastante estables independientemente de las personas y las situaciones, dada su naturaleza funcional.

j) Las personas se diferencian en la competencia comunicativa no verbal.

k) La comunicación no verbal recibe influencias de múltiples factores.

l) La comunicación no verbal del paciente puede verse afectada por enfermedades físicas o mentales, tratamientos farmacológicos, intervenciones quirúrgicas, consumo de sustancias o la presencia de trastornos de personalidad.

m) El comportamiento no verbal del médico se relaciona con la satisfacción del paciente, con la identificación de problemas emocionales, con la adherencia al tratamiento, con el

funcionamiento del paciente y con las denuncias por mala praxis.

El objetivo general del programa es que los participantes entiendan el rol que desempeña la comunicación no verbal en el contexto de una visita médica de cara a facilitar la relación entre el médico y el paciente y, por tanto, mejorar la precisión diagnóstica, la adherencia al tratamiento y la satisfacción de ambos interactuantes. Se pretende que desarrollen su capacidad de observación (sensibilidad emocional), mejoren su propio comportamiento no verbal (expresividad emocional) y comiencen a integrarlos en la práctica clínica. Para ello, se entrena en la detección de señales no verbales del paciente, en la observación de comportamientos no verbales adecuados del profesional y en la práctica de los mismos, tanto en un entorno académico como en uno clínico.

Los objetivos específicos, repartidos en diferentes sesiones teóricas y prácticas, son:

a) Distinguir los diversos componentes de la comunicación no verbal en la relación médico-paciente y explicar cómo interaccionan.

b) Detectar emociones en el comportamiento no verbal de los pacientes en el contexto de una visita médica.

c) Identificar las diversas formas de relación entre el comportamiento verbal y el no verbal en la relación médico-paciente.

d) Justificar los comportamientos no verbales del profesional de la salud que favorecen la relación médico-paciente.

e) Explicar los factores que influyen en la interpretación de la comunicación no verbal en un contexto de relación médico-paciente.

En cuanto al procedimiento, el entrenamiento se realiza en dos escenarios diferentes con el objeto de facilitar el aprendizaje en contextos clínicos auténticos. Los alumnos realizan seis sesiones teórico-prácticas en la facultad de Medicina y tres visitas a un Centro de Atención Primaria (CAP). Cada una de las sesiones tiene una duración de dos horas y se llevan a cabo en grupos pequeños, de aproximadamente doce estudiantes, dirigidos por un profesor tutor. El profesorado recibe un entrenamiento previo antes del comienzo del curso.

Cada una de las visitas tiene una duración de 5 horas y se efectúan en grupos reducidos de alumnos, entre 1 y 2 alumnos por profesional. En el CAP, se promueve que los alumnos roten en visitas generales, de enfermería, de pediatría, de asistencia social y a domicilio. Los profesionales colaboradores del CAP reciben una formación general sobre el funcionamiento del programa y reciben una guía como material de apoyo. Las sesiones de tutoría y las visitas se intercalan y los objetivos son acumulativos. A continuación se describen las diferentes sesiones y visitas en el orden aconsejado:

Sesión 1

Objetivo:
1. Distinguir los diversos componentes de la comunicación no verbal en la relación médico-paciente, excepto la expresión facial.

Material:
- Fotografías de individuos (solas o en interacción social) seleccionadas del *International Affective Picture System* (IAPS; Lang; Bradley *et al.*, 2008), variadas en función del sexo, la edad y la raza.
- Vídeos de visitas médicas.
- Protocolo 1: Componentes de comunicación no verbal (Ver Anexo).

Procedimiento:
- Presentación de los objetivos y del plan de trabajo.
- Presentación de fotografías y fomento de la participación del alumno para descubrir los posibles componentes de la comunicación no verbal.
- Breve descripción teórica de los componentes no verbales (excepto la expresión facial) ilustrada con fotografías.
- Entrenamiento en el primer protocolo de observación con vídeos de entrevistas clínicas y discusión grupal.

Sesión 2

Objetivos:
1. Detectar emociones a través de la expresión facial de los pacientes en el contexto de una visita médica.

Material:
- Fotografías seleccionadas del *Montreal Set of Facial Displays of Emotion* (Beaupré; Hess, 2005) de seis individuos (tres hombres, tres mujeres) de varias culturas (caucásica, africana y asiática) que muestran expresiones de emociones básicas con diferente intensidad.
- Fotografías de emociones básicas utilizadas por Ekman (2004).
- Vídeos de películas y visitas médicas.

Protocolo 2: Expresión facial de las emociones básicas (Ver Anexo).

Procedimiento:
- Ejercicio de detección de emociones básicas a través de la expresión facial.
- Autocorrección, puesta en común de resultados del grupo y discusión.
- Breve introducción teórica sobre las emociones básicas ilustrada con fotografías.

• Breve introducción teórica sobre las emociones básicas ilustrada con fotografías.
• Entrenamiento en el segundo protocolo de observación con vídeos y discusión grupal.

• Preparación de la primera visita al CAP.

Visita I al CAP

Objetivo:
1. Distinguir los diversos componentes de la comunicación no verbal en la relación médico-paciente.
2. Detectar emociones a través de la expresión facial de los pacientes en el contexto de una visita médica de atención primaria.

Material:
Protocolos 1 y 2.

Procedimiento:
• Durante la primera parte de la visita, el alumno se dedica a observar los componentes no verbales conducta visual, gestos y otros movimientos corporales, postura y contacto corporal en los pacientes y anota algunos ejemplos en el protocolo 1.
• Durante la segunda parte de la visita, el alumno se dedica a observar los componentes no verbales comportamiento espacial, apariencia física y paralenguaje en los pacientes y anota algunos ejemplos en el protocolo 1.
• Durante la tercera parte de la visita, el alumno se dedica a detectar emociones a través de la expresión facial de los pacientes y anota algunos ejemplos en el protocolo 2.
• Finalmente, el alumno se reúne con el profesional colaborador del CAP y otros alumnos (4-5) para comentar la experiencia.

Sesión 3

Objetivos:
1. Explicar cómo interaccionan los diversos componentes no verbales.
3. Identificar las diversas formas de relación entre el comportamiento verbal y el no verbal en la relación médico-paciente.

Material:
Fotografías.
Vídeos de visitas médicas.

Vídeos de visitas médicas.
Protocolo 3: Interacción entre los componentes de comunicación no verbal (Ver Anexo).

Protocolo 4: Relación entre la comunicación verbal y no verbal (Ver Anexo).

Procedimiento:

- Exposición individual de casos recogidos en los protocolos 1 y 2.
- Discusión grupal sobre la experiencia y los objetivos de aprendizaje.
- Entrenamiento en el tercer protocolo de observación con vídeos y discusión grupal.
- Breve introducción teórica sobre las formas de relación entre los dos canales de comunicación.
- Entrenamiento en el cuarto protocolo de observación con vídeos y discusión grupal.
- Preparación de la segunda visita al CAP.

Visita II al CAP

Objetivo:

1. Explicar cómo interaccionan los diversos componentes no verbales.
3. Identificar las diversas formas de relación entre el comportamiento verbal y el no verbal en la relación médico-paciente.

Material:

Protocolo 3: Interacción entre los componentes de comunicación no verbal.
Protocolo 4: Relación entre la comunicación verbal y no verbal.

Procedimiento:

- Durante la primera parte de la visita, el alumno se dedica a observar cómo interaccionan los componentes no verbales y anota algunos ejemplos en el protocolo 3.
- Durante la segunda parte de la visita, el alumno se dedica a identificar formas de relación entre el comportamiento verbal y no verbal y anota detalladamente algunos ejemplos en el protocolo 4.
- Finalmente, el alumno se reúne con el profesional colaborador del CAP y otros alumnos (4-5) para comentar la experiencia.

Sesión 4

Objetivos:

4. Justificar los comportamientos no verbales del profesional de la salud que favorecen la

4. Justificar los comportamientos no verbales del profesional de la salud que favorecen la relación médico-paciente.

Material:
Vídeos de visitas médicas.
Protocolo 5: La comunicación no verbal del profesional de la salud.

Procedimiento:
- Exposición individual de casos recogidos en los protocolos 3 y 4.
- Discusión grupal sobre la experiencia y los objetivos de aprendizaje.
- Ejercicio individual de análisis del comportamiento no verbal del médico en escenas de vídeo de entrevista clínica y discusión grupal (Protocolo 5).
- Breve introducción teórica sobre comportamientos no verbales adecuados del profesional de la salud.

Sesión 5

Objetivos:
4. Justificar los comportamientos no verbales del profesional de la salud que favorecen la relación médico-paciente.

Material:
Material de videograbación.
Protocolo 5: La comunicación no verbal del profesional de la salud.

Procedimiento:
- *Role-playing* de escenas de entrevista clínica con grabación en vídeo.
- Rellenar el protocolo 5 de manera individual y discusión grupal.
- Preparación de la tercera visita al CAP.

Visita III al CAP

Objetivo:
4. Justificar los comportamientos no verbales del profesional de la salud que favorecen la relación médico-paciente.

Material:

Protocolo 5: La comunicación no verbal del profesional de la salud.

Procedimiento:

- Durante la primera parte de la visita, el alumno se dedica a observar el comportamiento no verbal del profesional de la salud en los diferentes momentos de una entrevista clínica y anota algunos ejemplos en el protocolo 5.
- Durante la segunda parte de la visita, el alumno se dedica a observar la interacción entre el comportamiento no verbal del profesional de la salud y el comportamiento del paciente (verbal y no verbal).
- Finalmente, el alumno se reúne con el profesional colaborador del CAP y otros alumnos (4-5) para comentar la experiencia.

Sesión 6

Objetivos:

5. Explicar los factores que influyen en la interpretación de la comunicación no verbal en un contexto de relación médico-paciente.

Material:

Diapositivas.

Procedimiento:

- Exposición individual de casos recogidos en el protocolo 5.
- Discusión grupal sobre la experiencia y los objetivos de aprendizaje.
- Torbellino de ideas sobre los factores que influyen en la interpretación de la comunicación no verbal en un contexto de relación médico-paciente.
- Breve exposición de resultados de investigaciones relacionadas.
- Análisis final de la experiencia del programa de entrenamiento.

Anexos

Protocolo 1: Componentes de comunicación no verbal

Componente	Descripción del comportamiento no verbal	Contexto de aparición[1]	Frecuencia/ Duración
Conducta visual			
Gestos y otros movimientos corporales			
Postura			
Contacto corporal			
Comportamiento espacial			
Apariencia física			
Paralenguaje			

[1] Momento de la visita en que aparece (por ejemplo, tema de conversación).

Protocolo 2: Expresión facial de emociones básicas

Emoción básica	Descripción de la expresión facial	Contexto de aparición[1]	Frecuencia/ Duración
ALEGRIA			
SORPRESA			
MIEDO			
TRISTEZA			
IRA			
ASCO			

[1] Momento de la visita en que aparece (por ejemplo, tema de conversación).

Protocolo 3: Interacción entre los componentes de comunicación no verbal

Componente	Descripción del comportamiento no verbal	Contexto de aparición[1]
Conducta visual		

Conducta visual		
Gestos y otros movimientos corporales		
Postura		
Contacto corporal		
Comportamiento espacial		
Apariencia física		
Paralenguaje		
Expresión facial		

[1] Momento de la visita en que aparece (por ejemplo, tema de conversación).

Protocolo 4: Relación entre la comunicación verbal y la no verbal

Forma de relación	Descripción de la conducta verbal	Descripción de la conducta no verbal	Contexto de aparición[1]	Frecuencia/ Duración
REPETICIÓN				
CONTRADICCIÓN				
SUSTITUCIÓN				
COMPLEMENTACIÓN				
ACENTUACIÓN/ MODERACIÓN				
REGULACIÓN				

[1] Momento de la visita en que aparece (por ejemplo, tema de conversación).

Protocolo 5: La comunicación no verbal del profesional de la salud

Componente	Descripción de la conducta no verbal	Contexto de aparición[1]	Comportamiento del paciente
Conducta visual			
Gestos y otros movimientos corporales			
Postura			
Contacto corporal			
Comportamiento espacial			
Apariencia física			
Paralenguaje			

[1] Momento de la visita en que aparece (por ejemplo, tema de conversación).

Momento de la visita en que aparece (por ejemplo, tema de conversación)

Bibliografía

Ackerman, J. M.; Nocera, C. C.; Bargh, J. A. (2010). «Incidental haptic sensations influence social judgments and decisions». *Science* (vol. 328, n.º 5986, págs. 1712-1715).

Adolphs, R.; Gosselin, F.; Buchanan, T. *et al.* (2005). «A mechanism for impaired fear recognition after amygdale damage». *Nature* (vol. 433, n.º 7021, págs. 68-72).

Aiello, J. R.; De Carlo Aiello, T. (1974). «The development of personal space: Proxemic behavior of children 6 through 16». *Human Ecology* (vol. 2, n.º 3, págs. 177-189).

Alden, L. E.; Wallace, S. T. (1995). «Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions». *Behaviour Research and Therapy* (vol. 33, n.º 5, pág. 497-505).

Altman, I.; Wohlwill, J. F. (1976). *Human behavior and environment: Advances in theory and research*. Nueva York: Plenum Press.

Ambady, N.; Koo, J.; Rosenthal, R.; Winograd, C. H. (2002). «Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes». *Psychology and Aging* (vol. 17, n.º 3, págs. 443-452).

Ambady, N.; Laplante, D.; Nguyen, T. *et al.* (2002). «Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history». *Surgery* (vol. 132, n.º 1, págs. 5-9).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.ª ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Andreasen, N. C. (1982). «Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability». *Archives of General Psychiatry* (vol. 39, n.º 7, págs. 784-788).

Archinard, M.; Haynal-Reymond, V.; Heller, M. (2000). «Doctor's and patients' facial expressions and suicide reattempt risk assessment». *Journal of Psychiatric Research* (vol. 34, n.º 3, págs. 261-262).

Argyle, M. (1988). *Bodily communication* (2.ª ed.). Nueva York: Methuen.

Ashton, M. C.; Lee, K.; Paunonen, S. V. (2002). «What is the central feature of extraversion? Social attention versus reward sensitivity». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 83, n.º 1, págs. 245-252).

Banse, R.; Scherer, K. R. (1996). «Acoustic profiles in vocal emotion expression». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 70, n.º 3, págs. 614-636).

Barton, J. J. S. (2003). «Disorders of face perception and recognition». *Neurologic Clinics* (vol. 21, n.º 2, págs. 521-548).

Bavelas, J. B.; Black, A.; Chovil, N.; Lemery, C. R. (1988). «Form and function in motor mimicry: Topographic evidence that the primary function is communicative». *Human*

mimicry: Topographic evidence that the primary function is communicative». *Human Communication Research* (vol. 14, n.º 3, págs. 275-299).

Beaulieu, C. M. (2004). «Intercultural study of personal space: A case study». *Journal of Applied Social Psychology* (vol. 34, n.º 4, págs. 794-805).

Beaupré, M. G.; Hess, U. (2005). «Cross-cultural emotion recognition among Canadian ethnic groups». *Journal of Cross-Cultural Psychology* (vol. 36, n.º 3, págs. 355-370).

Beckman, H. B.; Frankel, R. M. (1984). «The effect of physician behavior on the collection of data». *Annals of Internal Medicine* (vol. 101, n.º 5, págs. 692-696).

Beckman, H. B.; Markakis, K. M.; Suchman, A. L.; Frankel, R. M. (1994). «The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions». *Archives of Internal Medicine* (vol. 154, n.º 12, págs. 1365-1370).

Bensing, J. (1991). «Doctor-patient communication and the quality of care». *Social Science & Medicine* (vol. 32, n.º 11, págs. 1301-1310).

Bensing, J. M.; Kerssens, J. J.; van der Pasch, M. (1995). «Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 19, n.º 4, págs. 223-242).

Berenbaum, H.; Oltmanns, T. F. (1992). «Emotional experience and expression in schizophrenia and depression». *Journal of Abnormal Psychology* (vol. 101, n.º 1, págs. 37-44).

Bertakis, K. D.; Azari, R.; Callahan, E. J. ***et al.*** (1999). «The impact of physician practice style on medical charges». *Journal of Family Practice* (vol. 48, n.º 1, págs. 31-36).

Bertakis, K. D.; Callahan, E. J.; Azari, R.; Robbins, J. A. (2001). «The financial status of departments of family medicine at US medical schools». *Family Medicine* (vol. 33, n.º 3, págs. 166-170).

Bikson, K.; McGuire, J.; Blue-Howells, J.; Seldin-Sommer, L. (2009). «Psychosocial problems in primary care: Patient and provider perceptions». *Social Work in Health Care* (vol. 48, n.º 8, págs. 736-749).

Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and context: Essays on body motion communication*. England: Ballantine.

Blair, I. V. (2002). «The malleability of automatic stereotypes and prejudice». *Personality and Social Psychology Review* (vol. 6, n.º 3, págs. 242-261).

Blair, R. J. R. (1995). «A cognitive developmental approach to morality: Investigating the psychopath». *Cognition* (vol. 57, n.º 1, págs. 1-29).

Blair, R. J. R. (2003). «Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates». *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* (vol. 358, n.º 1431, págs. 561-572).

Blair, R. J. R.; Colledge, E.; Murray, L.; Mitchell, D. G. V. (2001). «A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies». *Journal of Abnormal Child Psychology* (vol. 29, n.º 6, págs. 491-498).

Blair, R. J. R.; Morris, J. S.; Frith, C. D. ***et al.*** (1999). «Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger». *Brain* (vol. 122, n.º 5, págs. 883-893).

Blanchette, I.; Richards, A. (2010). «The influence of affect on higher level cognition: A

review of research on interpretation, judgment, decision making and reasoning». *Cognition and Emotion* (vol. 24, n.º 4, págs. 561-595).

Borrell, F. (2004). *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: semFYC.

Borrell, F.; Epstein, R. (2001). «La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta». *Atención Primaria* (vol. 27, n.º 7, págs. 449-451).

Boudreau, J. D.; Cassell, E. J.; Fuks, A. (2008). «Preparing medical students to become skilled at clinical observation». *Medical Teacher* (vol. 30, n.º 9-10, págs. 857-862).

Boudreau, J. D.; Cassell, E.; Fuks, A. (2009). «Preparing medical students to become attentive listeners». *Medical Teacher* (vol. 31, n.º 1, págs. 22-29).

Bouhuys, A. L. (2003). «Ethology and depression». En P. Philippot, R. S. Feldman, E. J. Coats (eds.), *Nonverbal behavior in clinical settings.* (págs. 233-262). Nueva York: Oxford University Press.

Britten, N.; Stevenson, F. A.; Barry, C. A. *et al.* (2000). «Misunderstandings in prescribing decisions in general practices: qualitative study». *British Medical Journal* (vol. 320, págs. 484-488).

Brown, J. (2008). «How clinical communication has become a core part of medical education in the UK». *Medical Education* (vol. 42, n.º 3, págs. 271-278).

Buetow, S. A. (2009). «Something in nothing: Negative space in the clinician-patient relationship». *Annals of Family Medicine* (vol. 7, n.º 1, págs. 80-83).

Burgess, D.; Van Ryn, M.; Dovidio, J.; Saha, S. (2007). «Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology». *Journal of General Internal Medicine* (vol. 22, n.º 6, págs. 882-887).

Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* Madrid: Siglo XXI.

Chartrand, T. L.; Bargh, J. A. (1999). «The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 76, n.º 6, págs. 893-910).

Chóliz, M. (1997). «Expresión y regulación de las emociones». En: E. G. Fernández-Abascal (ed.). *Psicología General* (págs. 209-247). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Clark, M. S.; Finkel, E. J. *(2005)*. «Willingness to express emotion: The impact of relationship type, communal orientation, and their interaction». *Personal Relationships* (vol. 12, n.º 2, págs. 169-180).

Clarke, G.; Hall, R. T.; Rosencrance, G. (2004). «Physician-patient relations: No more models». *American Journal of Bioethics* (vol. 4, n.º 2, págs. 16-19).

Clèries, X. (2006). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: Masson.

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2004). *Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges. Quaderns de la Bona Praxi*, 17.

Collins, L. G.; Schrimmer, A.; Diamond, J.; Burke, J. (2011). «Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE». *Patient Education and*

Counseling (vol. 83, n.º 2, págs. 158-162).

Cormier, W. H.; Cormier, L. S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Croskerry, P. (2003). «The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them». *Academic Medicine* (vol. 78, n.º 8, págs. 775-780).

Crusco, A. H.; Wetzel, C. G. (1984). «The Midas touch: The effects of interpersonal touch on restaurant tipping». *Personality and Social Psychology Bulletin* (vol. 10, n.º 4, págs. 512-517).

Culpepper, L. (2002). «Generalized anxiety disorder in primary care: Emerging issues in management and treatment». *Journal of Clinical Psychiatry* (vol. 63, suppl. 8, págs. 35-42).

Cunningham-Burley, S.; Allbutt, H.; Garraway, W. M.; *et al.* (1996). «Perceptions of urinary symptoms and health-care-seeking behaviour amongst men aged 40-79 years». *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* (vol. 46, n.º 407, págs. 349-352).

Darwin, C. (1984). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza.

Davis, F. (1976). *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza editorial.

Dawson, G.; Webb, S. J.; McPartland, J. (2005). «Understanding the nature of face processing impairment in autism: Insights from behavioral and electrophysiological studies». *Developmental Neuropsychology* (vol. 27, n.º 3, págs. 403-424).

Depaulo, B. M. (1992). Nonverbal behavior and self-presentation. *Psychological Bulletin, 111*(2), 203-243.

DiMatteo, M. R.; Hays, R. D.; Prince, L. M. (1986). «Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload». *Health Psychology* (vol. 5, n.º 6, págs. 581-594).

DiMatteo, M. R.; Taranta, A.; Friedman, H. S.; Prince, L. M. (1980). «Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills». *Medical Care* (vol. 18, n.º 4, págs. 376-387).

Duggan, A. P.; Parrott, R. L. (2001). «Research note: Physicians' nonverbal rapport building and patients' talk about the subjective component of illness». *Human Communication Research* (vol. 27, n.º 2, págs. 299-311).

Eaton, M.; Mitchell-Bonair, I. L.; Friedmann, E. (1986). «The effect of touch on nutritional intake of chronic organic brain syndrome patients». *Journals of Gerontology* (vol. 41, n.º 5, págs. 611-616).

Egede, L. E. (2007). «Failure to recognize depression in primary care: Issues and challenges». *Journal of General Internal Medicine* (vol. 22, n.º 5, págs. 701-703).

Eibl-Eibesfeldt, I. (1970). *Ethology: The biology of behavior*. England: Holt, Rinehart, & Winston.

Ekman, P. (1965). «Communication through nonverbal behavior: A source of information about an interpersonal relationship». En: S. S. Tomkins; C. E. Izard (eds.). *Affect, cognition and personality* (págs. 390-442). Nueva York: Springer.

and personality (págs. 390-442). Nueva York: Springer.

Ekman, P. (1991). *Cómo detectar mentiras: Una guía para utilizar en el trabajo, la política y la pareja*. Barcelona: Paidós.

Ekman, P. (2004). *¿Qué dice ese gesto?* Barcelona: RBA Libros.

Ekman, P.; Friesen, W. V. (1969). «The repertoire of nonverbal behavior: Categories, origins, usage, and coding». *Semiotica* (vol. 1, n.º 1, págs. 49-98).

Ekman, P. (1993). «Facial expression and emotion». *American Psychologist* (vol. 48, n.º 4, págs. 384-392).

Elfenbein, H. A.; Ambady, N. (2002). «On the universality and cultural specificity of emotion recognition: A meta-analysis». *Psychological Bulletin* (vol. 128, n.º 2, págs. 203-235).

Elgar, F. J.; McGrath, P. J.; Waschbusch, D. A. *et al.* (2004). «Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems». *Clinical Psychology Review* (vol. 24, n.º 4, págs. 441-459).

Emanuel, E. J.; Emanuel, L. L. (1992). «Four models of the physician-patient relationship». *Journal of the American Medical Association* (vol. 267, n.º 16, págs. 2221-2226).

Emson, H. E. (1987). «Health, disease and illness: Matters for definition». *Canadian Medical Association Journal* (vol. 136, n.º 8, págs. 811-813).

Epstein, R. M.; Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. Bethesda: National Cancer Institute, NIH Publication.

Epstein, R. M.; Hundert, E. M. (2002). «Defining and assessing professional competence». *Journal of the American Medical Association* (vol. 287, n.º 2, págs. 226-235).

Erceau, D.; Guéguen, N. (2007). «Tactile contact and evaluation of the toucher». *Journal of Social Psychology* (vol. 147, n.º 4, págs. 441-444).

Fehr, B. J.; Exline, R. V. (1987). «Social visual interaction: A conceptual and literature review». En: A. W. Siegman; S. Feldstein (eds.), *Nonverbal behavior and communication* (págs.. 225-325). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Fernald, A. (1993). «Approval and disapproval: Infant responsiveness to vocal affect in familiar and unfamiliar languages». *Child Development* (vol. 64, n.º 3, págs. 657-674).

Fernández-Dols, J.; Ruiz-Belda, M. (1995). «Are smiles a sign of happiness? Gold medal winners at the Olympic Games». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 69, n.º 6, págs. 1113-1119).

Filipek, P. A.; Accardo, P. J.; Ashwal, S. *et al.* (2000). «Practice parameter: Screening and diagnosis of autism. Report of the quality standards subcommittee of the American academy of neurology and the child neurology society». *Neurology* (vol. 55, n.º 4, págs. 468-479).

Ford, S.; Fallowfield, L.; Lewis, S. (1994). «Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations?» *British Journal of Cancer* (vol. 70, n.º 4, págs. 767-770).

Ford, S.; Fallowfield, L.; Lewis, S. (1996). «Doctor-patient interactions in oncology». *Social Science and Medicine* (vol. 42, n.º 11, págs. 1511-1519).

Forgas, J. P. (1995). «Mood and judgment: The affect infusion model (AIM)». *Psychological Bulletin* (vol. 117, n.º 1, págs. 39-66).

Bulletin (vol. 117, n.º 1, págs. 39-66).

Forgas, J. P.; East, R. (2008). «How real is that smile? Mood effects on accepting or rejecting the veracity of emotional facial expressions». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 32, n.º 3, págs. 157-170).

Fornés, M. A.; Puig, M. (2008). *El porqué de nuestros gestos. La roma en la gestualidad de hoy*. Barcelona: Octaedro.

Fraenkel, L. (2011). «Uncertainty and patients' preferred role in decision making». *Patient Education and Counseling* (vol. 82, n.º 1, págs. 130-132).

Fuertes, J.N.; Mislowack, A.; Bennett, J. *et al.* (2007). «The physician-patient working alliance». *Patient Education and Counseling* (vol. 66, n.º 1, págs. 29-36).

Gallace, A.; Spence, C. (2010). «The science of interpersonal touch: An overview». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (vol. 34, n.º 2, págs. 246-259).

García-Marcos, J. A. (1990). «La entrevista». En: R. Fernández-Ballesteros (ed.). *Psicodiagnóstico (Tomo 1)*. Madrid: UNED.

Garrison, G. M.; Bernard, M. E.; Rasmussen, N. H. (2002). «21st-century health care: The effect of computer use by physicians on patient satisfaction at a family medicine clinic». *Family Medicine* (vol. 34, n.º 5, págs. 362-368).

General Medical Council (2009). *Tomorrow's doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education*. Londres: General Medical Council.

Geschwind, D. H.; Levitt, P. (2007). «Autism spectrum disorders: Developmental disconnection syndromes». *Current Opinion in Neurobiology* (vol. 17, n.º 1, págs. 103-111).

Girón, M.; Manjón-Arce, P.; Puerto-Barber, J. *et al.* (1998). «Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care». *American Journal of Psychiatry* (vol. 155, n.º 4, págs. 530-535).

Glanz, K.; Rimer, B. K.; Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

González, A.; Fabrellas, N.; Agramunt, M. *et al.* (2008). «De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut». *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* (vol. 1, n.º 1).

Goren, D.; Wilson, H. R. (2006). «Quantifying facial expression recognition across viewing conditions». *Vision Research* (vol. 46, n.º 8-9, págs. 1253-1262).

Greifeneder, R.; Bless, H.; Pham, M. T. (2011). «When do people rely on affective and cognitive feelings in judgment? A review». *Personality and Social Psychology Review* (vol. 15, n.º 2, págs. 107-141).

Griffith,H.; Wilson, J. F.; Langer, S.; Haist, S. A. (2003). «House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction». *Journal of General Internal Medicine* (vol. 18, n-º 3, págs. 170-174).

Gross, J. J.; Carstensen, L. L.; Pasupathi, M. *et al.* (1997). «Emotion and aging: Experience, expression, and control». *Psychology and Aging* (vol. 12, n.º 4, págs. 590-599).

Guéguen, N. (2004). «Nonverbal encouragement of participation in a course: The effect of touching». *Social Psychology of Education* (vol. 7, n.º 1, págs. 89-98).

Gunning-Dixon, F. M.; Gur, R. C.; Perkins, A. C. *et al.* (2003). «Age-related differences in

Gunning-Dixon, F. M.; Gur, R. C.; Perkins, A. C. *et al.* (2003). «Age-related differences in brain activation during emotional face processing». *Neurobiology of Aging* (vol. 24, n.º 2, págs. 285-295).

Hadlock, T. A.; Malo, J. S.; Cheney, M. L.; Henstrom, D. K. (2011). «Free gracilis transfer for smile in children: The Massachusetts eye and ear infirmary experience in excursion and quality-of-life changes». *Archives of Facial Plastic Surgery* (vol. 13, n.º 3, págs. 190-194).

Hahn, S. R.; Kroenke, K.; Spitzer, R. L. *et al.* (1996). «The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional impairment». *Journal of General Internal Medicine* (vol. 11, n.º 1, págs. 1-8).

Hall, E. T. (2003). *La dimensión oculta*. Madrid: Siglo XXI.

Hall, J. A.; Stein, T. S.; Roter, D. L.; Rieser, N. (1999). «Inaccuracies in physicians' perceptions of their patients». *Medical Care* (vol. 37, n.º 11, págs. 1164-1168).

Hall, J. A. (1995). «Affective and nonverbal aspects of the medical visit». En: M. Lipkin, S. M. Putman; A. Lazare (eds.), *The medical interview: Clinical care, education, and research* (págs. 495-503). Nueva York: Springer-Verlag.

Hall, J. A.; Harrigan, J. A.; Rosenthal, R. (1995). «Nonverbal behavior in clinician-patient interaction». *Applied and Preventive Psychology* (vol. 4, n.º 1, págs. 21-37).

Hall, J. A.; Irish, J. T.; Roter, D. L. *et al.* (1994). «Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting». *Health Psychology* (vol. 13, n.º 5, págs. 384-392).

Hall, J. A.; Harrigan, J. A.; & Rosenthal, R. (1995). «Nonverbal behavior in clinician-patient interaction». *Applied & Preventive Psychology* (vol. 4, n.º 1, págs. 21-37).

Hall, J. A.; Matsumoto, D. (2004). «Gender differences in judgments of multiple emotions from facial expressions». *Emotion* (vol. 4, n.º 2, págs. 201-206).

Hall, J. A.; Roter, D. L. (2002). «Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review». *Patient Education and Counseling* (vol. 48, n.º 3, págs. 217-224).

Hamann, S.; Canli, T. (2004). «Individual differences in emotion processing». *Current Opinion in Neurobiology* (vol. 14, n.º 2, págs. 233-238).

Hansson, M. G.; Kihlbom, U.; Tuvemo, T. *et al.* (2009). «Concern for privacy in relation to age during physical examination of children: An exploratory study». *Acta Paediatrica* (vol. 98, n.º 8, págs. 1349-1354).

Harrigan, J. A.; Oxman, T. E.; Rosenthal, R. (1985). «Rapport expressed through nonverbal behavior». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 9, n.º 2, págs. 95-110).

Harrison, N. A.; Wilson, C. E.; Critchley, H. D. (2007). «Processing of observed pupil size modulates perception of sadness and predicts empathy». *Emotion* (vol. 7, n.º 4, págs. 724-729).

Haskard, K. B.; Williams, S. L.; DiMatteo, M. R. *et al.* (2008). «The provider's voice: Patient satisfaction and the content-filtered speech of nurses and physicians in primary medical care». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 32, n.º 1, págs. 1-20).

Heath, C. (1984). «Participation in the medical consultation: The co-ordination of verbal and nonverbal behavior between the doctor and patient». *Sociology of Health and Illness* (vol. 6, n.º 3, págs. 311-338).

6, n.º 3, págs. 311-338).

Helweg-Larsen, M.; Cunningham, S.J.; Carrico, A.; Pergram, A.M. (2004). «To nod or not to nod: An observational study of nonverbal communication and status in female and male college students». *Psychology of Women Quarterly* (vol. 28, n.º 4, págs. 358-361).

Henley, N. (1977). *Body politics: Power, sex and nonverbal communication*. Englewood: Prentice-Hall.

Heslin, R.; Alper, T. (1983). «Touch: A bonding gesture». En: J. M. Wiemann; R. P. Harrison (eds.), *Nonverbal interaction* (págs. 47-75). Beverly Hills: Sage.

Heslin, R.; Nguyen, T. D.; Nguyen, M. L. (1983). «Meaning of touch: The case of touch from a stranger or same sex person». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 7, n.º 3, págs. 147-157).

Heslin, R.; Boss, D. (1980). «Nonverbal intimacy in airport arrival and departure». *Personality and Social Psychology Bulletin* (vol. 6, n.º 2, págs. 248-252).

Hess, E. H. (1965). «Attitude and pupil size». *Scientific American* (vol. 212, n.º 4, págs. 46-54).

Hess, E. H.; Polt, J. M. (1960). «Pupil size as related to interest value of visual stimuli». *Science* (vol. 132, n.º 3423, págs. 349-350).

Hess, E. H.; Polt, J. M. (1964). «Pupil size in relation to mental activity during simple problem-solving». *Science* (vol. 143, n.º 3611, págs. 1190-1192).

Hess, E. H.; Petrovich, S. B. (1987). «Pupillary behavior in communication». En: A. W. Siegman; S. Feldstein (eds.), *Nonverbal behavior and communication* (págs. 327-349). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Hinchey, S. A.; Jackson, J. L. (2011). «A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes». *Journal of General Internal Medicine* (vol. 26, n.º 6, págs. 588-594).

Hobara, M. (2005). «Beliefs about appropriate pain behavior: Cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans». *European Journal of Pain* (vol. 9, n.º 4, págs. 389-393).

Hofmann, S. G.; Gerlach, A. L.; Wender, A.; Roth, W. T. (1997). «Speech disturbances and gaze behavior during public speaking in subtypes of social phobia». *Journal of Anxiety Disorders* (vol. 11, n.º 6, págs. 573-585).

Hooper, E. M.; Comstock, L. M.; Goodwin, J. M.; Goodwin, J. S. (1982). «Patient characteristics that influence physician behavior». *Medical Care* (vol. 20, n.º 6, págs. 630-638).

Hornik, J. (1992). Tactile stimulation and consumer response. *Journal of Consumer Research, 19*(3), 449-458.

Isen, A. M.; Levin, P. F. (1972). «Effect of feeling good on helping: Cookies and kindness». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 21, n.º 3, págs. 384-388).

Ishikawa, H.; Hashimoto, H.; Kinoshita, M., Fujimori, S. *et al.* (2006). «Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination». *Medical Education* (vol. 40, n.º 12, págs. 1180-1187).

Ishikawa, H.; Hashimoto, H.; Kinoshita, M.; Yano, E. (2010). «Can nonverbal

Ishikawa, H.; Hashimoto, H.; Kinoshita, M.; Yano, E. (2010). «Can nonverbal communication skills be taught?» *Medical Teacher* (vol. 32, n.º 10, págs. 860-863).

Jackson, J. L.; Kroenke, K. (1999). «Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes». *Archives of Internal Medicine* (vol. 159, n.º 10, págs. 1069-1075).

Jin, J.; Sklar, G.E.; Oh, V.M.S.; Li, S.C. (2008). «Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective». *Therapeutics and Clinical Risk Management* (vol. 4, n.º 1, págs. 269-286).

Jones, S. E.; LeBaron, C. D. (2002). «Research on the relationship between verbal and nonverbal communication: Emerging integrations». *Journal of Communication* (vol. 52, n.º 3, págs. 499-521).

Kendon, A. (1967). «Some functions of gaze-direction in social interaction». *Acta Psychologica* (vol. 26, págs. 22-63).

Kesler-West, M. L.; Andersen, A. H.; Smith, C. D. *et al.* (2001). «Neural substrates of facial emotion processing using fMRI». *Cognitive Brain Research* (vol. 11, n.º 2, págs. 213-226).

Klaver, J. R.; Lee, Z.; Hart, S. D. (2007). «Psychopathy and nonverbal indicators of deception in offenders». *Law and Human Behavior* (vol. 31, n.º 4, págs. 337-351).

Klitzman, R. (2006). «Improving education on doctor-patient relationships and communication: Lessons from doctors who become patients». *Academic Medicine* (vol. 81, n.º 5, págs. 447-453).

Knapp, M. L. (1992). *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Barcelona: Paidós.

Knapp, M. L.; Hall, J. A. (2010). *Nonverbal communication in human interaction*. Boston: Wadsworth, Cengage Learning.

Kohler, C. G.; Turner, T.; Stolar, N. M. *et al*. (2004). «Differences in facial expressions of four universal emotions». *Psychiatry Research* (vol. 128, n.º 3, págs. 235-244).

Komahashi, T.; Ganesan, S.; Ohmori, K.; Nakano, T. (1997). «Expression of depressed mood: A comparative study among Japanese and Canadian aged people». *Canadian Journal of Psychiatry* (vol. 42, n.º 8, págs. 852-857).

Kosson, D. S.; Suchy, Y.; Mayer, A. R.; Libby, J. (2002). «Facial affect recognition in criminal psychopaths». *Emotion vol. 2,* n.º 4, págs. 398-411).

Krauss, R. M. (1998). «Why do we gesture when we speak?» *Current Directions in Psychological Science* (vol. 7, n.º 2, págs. 54-60).

Kring, A. M.; Earnst, K. S. (1999). «Stability of emotional responding in schizophrenia». *Behavior Therapy* (vol. 30, n.º 3, págs. 373-388).

Kring, A. M.; Earnst, K. S. (2003). «Nonverbal behavior in schizophrenia». En: P. Philippot; R. S. Feldman; E. J. Coats (eds.), *Nonverbal behavior in clinical settings.* (págs. 263-285). Nueva York: Oxford University Press.

Kruijver, I. P. M.; Garssen, B.; Visser, A. P.; Kuiper, A. J. (2006). «Signalising psychosocial problems in cancer care. The structural use of a short psychosocial checklist during medical or nursing visits». *Patient Education and Counseling* (vol. 62, n.º 2, págs.

during medical or nursing visits». *Patient Education and Counseling* (vol. 62, n.º 2, págs. 163-177).

Krupat, E.; Rosenkranz, S. L.; Yeager, C. M. *et al.* (2000). «The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction». *Patient Education and Counseling* (vol. 39, n.º 1, págs. 49-59).

Laín-Entralgo, P. (2003). *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela.

Lang, P. J.; Bradley, M. M.; Cuthbert, B. N. (2008). *International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. Technical report A-8*. Gainesville: University of Florida.

Lang, F.; Floyd, M. R.; Beine, K. L. (2000). «Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening». *Archives of Family Medicine* (vol. 9, n.º 3, págs. 222-227).

Larsen, K. M.; Smith, C. K. (1981). «Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview». *Journal of Family Practice* (vol. 12, n.º 3, págs. 481-488).

Laukka, P.; Linnman, C.; Åhs, F. *et al.* (2008). «In a nervous voice: Acoustic analysis and perception of anxiety in social phobics' speech». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 32, n.º 4, págs. 195-214).

Lee, T. M. C.; Liu, H.; Hoosain, R. *et al.* (2002). «Gender differences in neural correlates of recognition of happy and sad faces in humans assessed by functional magnetic resonance imaging». *Neuroscience Letters* (vol. 333, n.º 1, págs. 13-16).

Lee, V.; Wagner, H. (2002). «The effect of social presence on the facial and verbal expression of emotion and the interrelationships among emotion components». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 26, n.º 1, págs. 3-25).

Lester, G. W.; Smith, S. G. (1993). «Listening and talking to patients. A remedy for malpractice suits?» *Western Journal of Medicine* (vol. 158, n.º 2, págs. 268-272).

Levinson, W.; Gorawara-Bhat, R.; Lamb, J. (2000). «A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* (vol. 284, n.º 8, págs. 1021-1027).

Levinson, W.; Roter, D. L.; Mullooly, J. P. *et al.* (1997). «Physician-patient communication; the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons». *Journal of the American Medical Association* (vol. 277, n.º 7, págs. 553-559).

Levinson, W.; Stiles, W. B.; Inui, T. S.; Engle, R. (1993). «Physician frustration in communication patients». *Medical Care* (vol. 31, n.º 4, págs. 285-295).

Louth, S. M.; Williamson, S.; Alpert, M. *et al.* (1998). «Acoustic distinctions in the speech of male psychopaths». *Journal of Psycholinguistic Research* (vol. 27, n.º 3, págs. 375-384).

Lussier, M.; Richard, C. (2008). «Because one shoe doesn't fit all: A repertoire of doctor-patient relationships». *Canadian Family Physician* (vol. 54, n.º 8, 1089-1092).

Maguire, P.; Pitceathly, C. (2002). «Key communication skills and how to acquire them». *British Medical Journal* (vol. 325, n.º 7366, págs. 697-700).

Makoul, G. (2001). «Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement». *Academic Medicine* (vol. 76, n.º 4, págs. 390-393).

Malatesta, C. Z.; Izard, C. E.; Culver, C. *et al.* (1987). Emotion communication skills in

Malatesta, C. Z.; Izard, C. E.; Culver, C. *et al.* (1987). Emotion communication skills in young, middle-aged, and older women. *Psychology and Aging* (vol. 2, n.º 2, págs. 193-203).

Martin, L. R.; Haskard-Zolnierek, K.; DiMatteo, M. R. (2010). *Health behavior change and treatment adherence: Evidence-based guidelines for improving healthcare*. Nueva York: Oxford University Press.

Marvel, M.K.; Epstein, R.M.; Flowers, K. *et al.* (1999). «Soliciting the patient's agenda. Have we improved?» *Journal of the American Medical Association* (vol. 281, n.º 3, págs. 283-287).

Mast, M. S.; Hall, J. A.; Klöckner, C. *et al.* (2008). «Physician gender affects how physician nonverbal behavior is related to patient satisfaction». *Medical Care* (vol. 46, n.º 12, págs. 1212-1218).

Mast, M. S. (2007). «On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction». *Patient Education and Counseling* (vol. 67, n.º 3, págs. 315-318).

Matsumoto, D.; Willingham, B. (2009). «Spontaneous facial expressions of emotion of congenitally and noncongenitally blind individuals». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 96, n.º 1, págs. 1-10).

Matsumoto, D.; Yoo, S. H.; Fontaine, J. *et al.* (2008). «Mapping expressive differences around the world: The relationship between emotional display rules and individualism versus collectivism». *Journal of Cross-Cultural Psychology* (vol. 39, n.º 1, págs. 55-74).

McDowell, C. L.; Harrison, D. W.; Demaree, H. A. (1994). «Is right hemisphere decline in the perception of emotion a function of aging?» *International Journal of Neuroscience* (vol 79, n.º 1-2, págs. 1-11).

McGee, G.; Morrier, M. (2003). «Clinical implications of research in nonverbal behavior of children with autism». En: P. Philippot; R. S. Feldman; E. J. Coats (eds.), *Nonverbal behavior in clinical settings*. (págs. 287-317). Nueva York: Oxford University Press.

McMullan, M. (2006). «Patients using the internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship». *Patient Education and Counseling* (vol. 63, n.º 1-2, págs. 24-28).

McWhinney, I. R. (1987). «Health and disease: Problems of definition». *Canadian Medical Association Journal* (vol. 136, n.º 8, págs. 815).

Mechanic, D. (1995). «Sociological dimensions of illness behavior». *Social Science & Medicine* (vol. 41, n.º 9, págs. 1207-1216).

Miller, G. (2007). «The mystery of the missing smile». *Science* (vol. 316, n.º 5826, págs. 826-827).

Milsom, I.; Abrams, P.; Cardozo, L. *et al.* (2001). «How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study». *British Journal of Urology International* (vol. 87, n.º 9, págs. 760-766).

Mira, J. J.; Rodríguez-Marín, J.; Peset, R. *et al.* (2002). «Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria». *Revista De Calidad Asistencial* (vol. 17, n.º 5, págs. 273-283).

Mira, J. J.; Vitaller, J.; Buil, J. A. *et al.* (1994). «Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud». *Atención Primaria* (vol. 14, n.º 10, págs. 1135-

generalistas del sistema público de salud». *Atención Primaria* (vol. 14, n.º 10, págs. 1135-1140).

Molinuevo, B.; Escorihuela, R. M.; Fernández-Teruel, A. *et al.* (2011). «How we train undergraduate medical students in decoding patients' nonverbal clues». *Medical Teacher* (vol. 33, n.º 10, págs. 804-807).

Montagne, B.; van Honk, J.; Kessels, R. P. C. *et al.* (2005). «Reduced efficiency in recognising fear in subjects scoring high on psychopathic personality characteristics». *Personality and Individual Differences* (vol. 38, n.º 1, págs. 5-11).

Moos, R. H. (1976). *The human context*. Nueva York: Wiley.

Myers, D. G. (2007). *Psychology*. Nueva York: Worth Publishers.

Ong, L. M.; de Haes, J. C.; Hoos, A. M. *et al.* (1995). «Doctor-patient communication: A review of the literature». *Social Science & Medicine (1982)* (vol. 40, n.º 7, págs. 903-918).

Ong, L. M.; de Haes, J. C; Hoos, A. M. *et al.* (1995). «Doctor-patient communication: A review of the literature». *Social Science and Medicine* (vol. 40, n.º 7, págs. 903-918).

Ormel, J.; Koeter, M. W.; van der Brink, W. *et al.* (1991). «Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice». *Archives of General Psychiatry* (vol. 48, n.º 8, págs. 700-706).

Orozco, S.; Ehlers, C. L. (1998). «Gender differences in electrophysiological responses to facial stimuli». *Biological Psychiatry* (vol. 44, n.º 4, págs. 281-289).

Osterling, J.; Dawson, G. (1994). «Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes». *Journal of Autism and Developmental Disorders* (vol. 24, n.º 3, págs. 247-257).

Palermo, R.; Coltheart, M. (2004). «Photographs of facial expression: Accuracy, response times, and ratings of intensity». *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers* (vol. 36, n.º 4, págs. 634-638).

Passik, S. D.; Dugan, W.; McDonald, M. V. *et al.* (1998). «Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer». *Journal of Clinical Oncology* (vol. 16, n.º 4, págs. 1594-1600).

Patterson, M. L. (1983). *Nonverbal behavior. A functional perspective*. Nueva York: Springer-Verlag.

Patterson, M. L. (2010). *Més que paraules. El poder de la comunicació no verbal*. Barcelona: Aresta/UOC.

Patterson, M. L.; Webb, A.; Schwartz, W. (2002). «Passing encounters: Patterns of recognition and avoidance in pedestrians». *Basic and Applied Social Psychology* (vol. 24, n.º 1, págs. 57-66).

Pell, M. D.; Monetta, L.; Paulmann, S.; Kotz, S. A. (2009). «Recognizing emotions in a foreign language». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 33, n.º 2, págs. 107-120).

Perez, J. E.; Riggio, R. E. (2003). «Nonverbal social skills and psychopathology». En: P. Philippot; R. S. Feldman; E. J. Coats (eds.), *Nonverbal behavior in clinical settings*. (págs. 17-44). Nueva York: Oxford University Press.

Peterson, M. C.; Holbrook, J. H.; von Hales, D. *et al.* (1992). «Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses». *The*

physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses». *The Western Journal of Medicine* (vol. 156, n.º 2, págs. 163-165).

Petrie, K. J.; Jago, L. A.; Devcich, D. A. (2007). «The role of illness perceptions in patients with medical conditions». *Current Opinion in Psychiatry* (vol. 20, n.º 2, págs. 163-167).

Philippot, P.; Feldman, R. S.; Coats, E. J. (2003). «The role of nonverbal behavior in clinical settings: Introduction and overview». En: P. Philippot; R. S. Feldman; E. J. Coats (eds.), *Nonverbal behavior in clinical settings.* (págs. 3-13). Nueva York: Oxford University Press.

Phillips, M. L.; Senior, C.; Fahy, T.; David, A. S. (1998). «Disgust-the forgotten emotion of psychiatry». *The British Journal of Psychiatry* (vol. 172, n.º 5, págs. 373-375).

Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. Nueva York: Harper & Row.

Ramirez, A. J.; Graham, J.; Richards, M. A. *et al.* (1996). «Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work». *Lancet* (vol. 347, n.º 9003, págs. 724-728).

Rapee, R. M.; Lim, L. (1992). «Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics». *Journal of Abnormal Psychology* (vol. 101, n.º 4, págs. 728-731).

Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. Hoboken: John Wiley & Sons.

Remland, M. S.; Jones, T. S.; Brinkman, H. (1995). «Interpersonal distance, body orientation, and touch: Effects of culture, gender, and age». *The Journal of Social Psychology* (vol. 135, n.º 3, págs. 281-297).

Richins, M. L. (1991). «Social comparison and the idealized images of advertising». *Journal of Consumer Research* (vol. 18, n.º 1, págs. 71-83).

Richter, D.; Dietzel, C.; Kunzmann, U. (2011). «Age differences in emotion recognition: The task matters». *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences* (vol. 66 B, n.º 1, págs. 48-55).

Rider, E. A.; Keefer, C. H. (2006). «Communication skills competencies: Definitions and a teaching toolbox». *Medical Education* (vol. 40, n.º 7, págs. 624-629).

Riggio, H. R.; Riggio, R. E. (2002). «Emotional expressiveness, extraversion, and neuroticism: A meta-analysis». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 26, n.º 4, págs. 195-218).

Riggio, R. E. (2006). «Nonverbal skills and abilities». En: M. L. Patterson (ed.), *The sage handbook of nonverbal communication.* (págs. 79-95). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Rime, B.; Bouvy, H.; Leborgne, B.; Rouillon, F. (1978). «Psychopathy and nonverbal behavior in an interpersonal situation». *Journal of Abnormal Psychology* (vol. 87, n.º 6, págs. 636-643).

Rinn, W. E. (1991). «Neuropsychology of facial expression». En: B. Rimé (ed.), *Fundamentals of nonverbal behavior* (págs. 3-30). Nueva York: Cambridge University Press.

Robbins, J. M.; Kirmayer, L. J.; Cathébras, P. *et al.* (1994). «Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care». *Medical Care* (vol. 32, n.º 8,

the recognition of depression and anxiety in primary care». *Medical Care* (vol. 32, n.º 8, págs. 795-812).

Robinson, J. D. (1998). «Getting down to business: Talk, gaze and body orientation during openings of doctor-patient consultations». *Human Communication Research* (vol. 25, n.º 1, págs. 97-123).

Roshan, M.; Rao, A. P. (2000). «A study on relative contributions of the history, physical examination and investigations in making medical diagnosis». *The Journal of the Association of Physicians of India* (vol. 48, n.º 8, págs. 771-775).

Roter, D. L.; Frankel, R. M.; Hall, J. A.; Sluyter, D. (2006). «The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. mechanisms and outcomes». *Journal of General Internal Medicine* (vol. 21, suppl 1, págs. S28-S34).

Roter, D. L.; Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

Roter, D. L.; Hall, J. A.; Aoki, Y. (2002). «Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review». *Journal of the American Medical Association* (vol. 288, n.º 6, págs. 756-764).

Rothbaum, F.; Morelli, G.; Pott, M.; Liu-Constant, Y. (2000). «Immigrant-Chinese and Euro-American parents' physical closeness with young children: Themes of family relatedness». *Journal of Family Psychology* (vol. 14, n.º 3, págs. 334-348).

Rozin, P.; Lowery, L.; Ebert, R. (1994). «Varieties of disgust faces and the structure of disgust». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 66, n.º 5, págs. 870-881).

Rubin, Z. (1970). «Measurement of romantic love». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 16, n.º 2, págs. 265-273).

Ruffman, T.; Henry, J. D.; Livingstone, V.; Phillips, L. H. (2008). «A meta-analytic review of emotion recognition and aging: Implications for neuropsychological models of aging». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (vol. 32, n.º 4, págs. 863-881).

Ruffman, T.; Sullivan, S.; Dittrich, W. (2009). «Older adults' recognition of bodily and auditory expressions of emotion». *Psychology and Aging* (vol. 24, n.º 3, págs. 614-622).

Ruiz-Moral, R.; Rodríguez, J. J.; Epstein, R. (2003). «¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente». *Atencion Primaria* (vol. 32, n.º 10, págs. 594-602).

Ruiz Moral, R.; Rodríguez, J. J.; Pérula, L. *et al.* (2002). «Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia». *Atención Primaria* (vol. 29, n.º 3, págs. 132-141).

Ruiz-Belda, M.; Fernández-Dols, J.; Barchard, K. (2003). «Spontaneous facial expressions of happy bowlers and soccer fans». *Cognition and Emotion* (vol. 17, n.º 2, págs. 315-326).

Ruiz-Moral, R. (2004). *Relación clínica. Una guía para aprender, enseñar e investigar*. Barcelona: semFYC.

Ruusuvuori, J. (2001). «Looking means listening: Coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction». *Social Science and Medicine* (vol. 52, n.º 7, págs. 1093-1108).

Sandín, B.; Chorot, P.; Santed, M. A. ***et al.*** (2008). «Sensibilidad al asco: Concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (vol. 13, n.º 3, págs. 137-158).

Sandler, G. (1980). «The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests». *American Heart Journal* (vol. 100, n.º 6, págs. 928-931).

Satterfield, J. M.; Hughes, E. (2007). «Emotion skills training for medical students: A systematic review». *Medical Education* (vol. 41, n.º 10, págs. 935-941).

Scherer, K. R.; Wallbott, H. G. (1994). «Evidence for universality and cultural variation of differential emotion response patterning». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 66, n.º 2, págs. 310-328).

Segrin, C. (2000). «Social skills deficits associated with depression». *Clinical Psychology Review* (vol. 20, n.º 3, págs. 379-403).

Segrin, C.; Abramson, L. Y. (1994). «Negative reactions to depressive behaviors: A communication theories analysis». *Journal of Abnormal Psychology* (vol. 103, n.º 4, págs. 655-668).

Shapiro, J. (2002). «How do physicians teach empathy in the primary care setting?» *Academic Medicine* (vol. 77, n.º 4, págs. 323-328).

Siccoli, M. M.; Bassetti, C. L.; Sándor, P. S. (2006). «Facial pain: Clinical differential diagnosis». *Lancet Neurology* (vol. 5, n.º 3, págs. 257-267).

Silverman, J.; Kurtz, S.; Draper, J. (2008). *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.

Simpson, M.; Buckman, R.; Stewart, M. ***et al.*** (1991). «Doctor-patient communication: The Toronto consensus statement». *British Medical Journal* (vol. 303, n.º 6814, págs. 1385-1387).

Singh, N. N.; McKay, J. D.; Singh, A. N. (1998). «Culture and mental health: Nonverbal communication». *Journal of Child and Family Studies* (vol. 7, n.º 4, págs. 403-409).

Smith, C. K.; Polis, E.; Hadac, R. R. (1981). «Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding». *Journal of Family Practice* (vol. 12, n.º 2, págs. 283-288).

Spadaro, R. (2003). *European Union citizens and sources of information about health: Eurobarometer 58.0*. [Fecha de consulta: 29 de junio de 2017] <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_179_en.pdf>

Starfield, B.; Wray, C.; Hess, K. (1981). «The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care». *American Journal of Public Health* (vol. 71, n.º 2, págs. 127-132).

Stevens, D.; Charman, T.; Blair, R. J. (2001). «Recognition of emotion in facial expressions and vocal tones in children with psychopathic tendencies». *The Journal of Genetic Psychology* (vol. 162, n.º 2, págs. 201-211).

Strayer, S. M.; Semler, M. W.; Kington, M. L. ***et al.*** (2010). «Patient attitudes toward physician use of tablet computers in the exam room». *Family Medicine* (vol. 42, n.º 9, págs. 643-647).

Street, R. L.; Haidet, P. (2011). «How well do doctors know their patients? Factors affecting

physician understanding of patients' health beliefs». *Journal of General Internal Medicine* (vol. 26, n.º 1, págs. 21-27).

Street, R. L.; Makoul, G.; Arora, N. K. *et al.* (2009). «How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes». *Patient Education and Counseling* (vol. 74, n.º 3, págs. 295-301).

Street, R. L.; Epstein, R. M. (2008). «Key interpersonal functions and health outcomes: Lessons from theory and research on clinician-patient communication». En: K. Glanz; B. K. Rimer; K. Viswanath (eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (págs. 237-269). San Francisco: Jossey-Bass.

Street, R. L.; Gordon, H.; Haidet, P. (2007). «Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?» *Social Science & Medicine* (vol. 65, n.º 3, págs. 586-598).

Suchman, A. L.; Markakis, K.; Beckman, H. B. *et al.* (1997). «A model of empathic communication in the medical interview». *Journal of the American Medical Association* (vol. 277, n.º 8, págs. 678-682).

Sullivan, S.; Ruffman, T. (2004). «Emotion recognition deficits in the elderly». *The International Journal of Neuroscience* (vol. 114, n.º 3, págs. 403-432).

Thayer, J. F.; Johnsen, B. H. (2000). «Sex differences in judgment of facial affect: A multivariate analysis of recognition errors». *Scandinavian Journal of Psychology* (vol. 41, n.º 3, págs. 243-246).

Thayer, S. (1980). «The effect of facial expression sequence upon judgments of emotion». *The Journal of Social Psychology* (vol. 111, n.º 2, págs. 305-306).

Torío, J.; García, M. C. (1997). «Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria». *Atencion Primaria* (vol. 20, n.º 1, págs. 17-23).

Trémeau, F.; Malaspina, D.; Duval, F. *et al.* (2005). «Facial expressiveness in patients with schizophrenia compared to depressed patients and nonpatient comparison subjects». *American Journal of Psychiatry* (vol. 162, n.º 1, págs. 92-101).

Vigil, J. M. (2009). «A socio-relational framework of sex differences in the expression of emotion». *Behavioral and Brain Sciences* (vol. 32, n.º 5, págs. 375-390).

von Fragstein, M.; Silverman, J.; Cushing, A. *et al.* (2008). «UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education». *Medical Education* (vol. 42, n.º 11, págs. 1100-1107).

Walker-Andrews, A. S. (1997). «Infants' perception of expressive behaviors: Differentiation of multimodal information». *Psychological Bulletin* (vol. 121, n.º 3, págs. 437-456).

Walther, J. B.; D'Addario, K. P. (2001). «The impacts of emoticons on message interpretation in computer-mediated communication». *Social Science Computer Review* (vol. 19, n.º 3, págs. 324-347).

Watzlawick, P.; Jackson, D. D. (2010). «On human communication (1964)». *Journal of Systemic Therapies* (vol. 29, n.º 2, págs. 53-68).

Weibel, D.; Stricker, D.; Wissmath, B. *et al.* (2010). «How socially relevant visual characteristics of avatars influence impression formation». *Journal of Media Psychology*

(vol. 22, n.º 1, págs. 37-43).

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Hoboken: John Wiley & Sons Inc.

Wensing, M.; Jung, H. P.; Mainz, J. *et al.* (1998). «A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain». *Social Science and Medicine* (vol. 47, n.º 10, págs. 1573-1588).

Whitcher, S. J.; Fisher, J. D. (1979). «Multidimensional reaction to therapeutic touch in a hospital setting». *Journal of Personality and Social Psychology* (vol. 37, n.º 1, págs. 87-96).

Wilbur, M. P.; Roberts-Wilbur, J. (1985). «Lateral eye-movement responses to visual stimuli». *Perceptual and Motor Skills* (vol. 61, n.º 1, págs. 167-177).

Williams, L. M.; Mathersul, D.; Palmer, D. M. *et al.* (2009). «Explicit identification and implicit recognition of facial emotions: I. age effects in males and females across 10 decades». *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* (vol. 31, n.º 3, págs. 257-277).

Williamson, S.; Harpur, T. J.; Hare, R. D. (1991). «Abnormal processing of affective words by psychopaths». *Psychophysiology* (vol. 28, n.º 3, págs. 260-273).

Wilson, D.; Wharton, T. (2006). «Relevance and prosody». *Journal of Pragmatics* (vol. 38, n.º 10, págs. 1559-1579).

Wolf, C. (1976). *Psicología del gesto*. Barcelona: Miracle.

World Health Organization (1993). *Doctor-patient interaction and communication.* [Fecha de consulta: 29 de junio de 2017] <http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.11.pdf>

Zuckerman, M.; Koestner, R.; Colella, M. J. (1985). «Learning to detect deception from three communication channels». *Journal of Nonverbal Behavior* (vol. 9, n.º 3, págs. 188-194).